



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학석사 학위논문

지역보건의료 정책형성 네트워크
분석을 통한 시민참여 연구

2013 년 2 월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
박 유 경

보건학석사 학위논문

지역보건의료 정책형성 네트워크
분석을 통한 시민참여 연구

2013 년 2 월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
박 유 경

지역보건의료 정책형성 네트워크 분석을 통한 시민참여 연구

Public Participation in the Process of
Local Public Health Policy, using Policy
Network Analysis

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함
2012 년 10 월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
박 유 경

박유경의 석사 학위논문을 인준함
2012 년 12 월

위 원 장 유 명 순 (인)

부위원장 조 병 희 (인)

위 원 김 창 엽 (인)

국문초록

최근 한국사회에서 공공정책에 미치는 시민사회의 영향력이 커지고 있는 추세이나 여전히 보건의료는 다른 분야에 비해 그 정도가 아직 미흡하다는 평가를 받고 있다. 지금까지 보건의료 분야에서 이루어진 시민참여에 대한 연구들은 국가정책 수준에서 수행한 경우가 많으며, 특히 시민단체와 관련한 참여 연구가 많다. 그러나 그 중요성에도 불구하고 실제 지역 주민들의 삶과 밀접한 지역사회 수준의 일반적인 민간참여에 대한 연구는 부족하여 현실에 대한 파악조차 잘 알지 못하고 있다. 이에 이 연구는 일차적으로는 지역 보건의료 정책과정의 시민참여 실태를 파악하고자 하며, 더 나아가 향후 보건의료 시민참여의 가능성에 대한 모색을 하고자 한다.

보다 실제적인 실태를 파악하기 위하여 정책네트워크 분석방법을 이용하였다. 이는 행위자들 사이의 관계를 계량적으로 구조화하고 특성을 분석하는 것으로, 다양한 참여자들의 상호작용이 이루어지는 현실의 정책과정에서 일어나는 참여양상을 파악하는데 유용하다. 이 연구는 사례연구로써, 서울시 두 개 구에서 정책 결정과정에는 도시보건지소 설립 과정을, 정책 집행과정에서는 대사중후군 관리사업을 사례로 선정하여 정책과정 참여기관, 조직 및 단체(이하 기관)를 대상으로 눈덩이 표집 방식을 통해 설문을 진행하여 각각의 정책네트워크를 파악하고자 하였다.

연구 결과, 정책결정과정인 도시보건지소 설립과정은 구청과 보건소로 대표되는 공공부문을 중심으로 이루어졌고 위계적인 정보·자원 흐름의 양상을 보였으며, 민간부문의 참여는 부지선정과 같은 과정에서 부수적인 갈등의 형태로 나타났다. 정책집행과정인 대사중후군 관리사업의 네트워크는 보건소와 지역사회 공공 및 민간기관 간의 협력관계로 대부분 이루어져 있었고 네트워크 형태가

중앙 집중적으로 주로 형성되어 있으나, 어떤 사례에서는 네트워크에 대한 인식을 가지고 이를 활용하여 보다 효율적으로 주민들에 접근하고자 하는 노력이 있기도 하였다.

그럼에도 불구하고 실제 지역사회에서 이루어지는 보건의료정책 과정의 시민참여는 매우 부족하며 최근에 활발해진 주민참여적 제도의 확충과 각종 선언과 제안을 생각해볼 때 아직 형식적, 수사적 개념에 머무르고 있는 것으로 보인다. 결정과정에서는 사전에 의견이 형성되는 시점보다는 이미 진행되어가는 과정에서 정책의 주요 문제가 아닌 지엽적 문제를 해결하기 위한 참여가 이루어지고 있었고, 집행과정에서는 보건소 위주의 동원과 충분한 이해를 수반했다고 보기 힘든 소극적인 민간의 협력이 많은 부분을 차지하고 있었다. 그러나 이러한 가치적 인식과 실제적 인식 사이의 불일치의 요인으로 주민의 관심 부족과 역량 부족, 혹은 공공부분의 관료화와 인식 부족만을 탓할 수는 없다. 시민참여의 도구적 측면만을 강조하기보다는 보다 가치적 측면에 입각한 새로운 접근이 필요하고 적절한 시민참여가 원활하게 이루어질 수 있도록 하는 제반 환경을 마련해야 하며, 이는 시민참여의 섬세한 제도화로 이어져야 한다. 사례에서 보여준 한 가지 시사점은 완전한 상향식 접근이 아니더라도 보건소 담당자가 지역주민들에 접근하기 위하여 어떠한 태도나 전략을 가지느냐에 따라서 네트워크 형성과 참여의 가능성이 보다 열릴 수 있기에 시민들과의 충분한 정보교환을 통한 보다 넓은 인식의 공유와 신뢰기반을 쌓기 위해 노력할 필요가 있다는 것이다. 시민참여에 친화적인 지역 보건의료 정책 과정이 되기 위해서는 정책단계의 초기부터 폭넓은 범위의 당사자들과 협의과정을 갖추어야 하며 정책 집행의 목표 수립, 활동, 평가에서도 민간부문과의 관계 형성을 충분히 이루어나갈 수 있도록 지원이 필요하다. 이 모든 작업은 어느 한 측에만 적용되어서는 불충분하며 정책의 기획과 집행의 다양한 수준에서의 상급자, 일선 담당자 차원, 그리고 정책의 제도적 차원, 일반 시민의 차원에서 충분히 논의하고 역량을 개발해나가야 할 것이다.

주요어 : 시민참여, 지역보건의료정책, 정책과정, 사회연결망 분석,
정책네트워크

학 번 : 2011-22074

목 차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구의 배경 및 필요성	1
제 2 절 연구의 목적	2
제 3 절 연구의 범위와 방법	3
1. 연구범위	3
2. 연구방법	4
제 2 장 이론적 고찰과 선행연구	5
제 1 절 보건의료 정책과정의 시민참여	5
1. 시민참여와 정책과정	5
2. 보건의료의 시민참여	9
3. 보건의료 정책과정의 시민참여에 관한 선행연구	11
제 2 절 정책 네트워크	12
1. 정책네트워크의 개념과 특징	12
2. 보건의료 정책네트워크에 관한 선행연구	20
제 3 장 연구과정 및 분석방법	21
제 1 절 연구사례	21
1. 도시보건지소 설립	22
2. 대사증후군 관리사업	25
제 2 절 연구과정과 모형	27
제 3 절 분석방법	28
1. 분석대상	28
2. 설문지 구성과 측정내용	28
3. 분석방법과 주요지표	31
제 4 장 분석결과	34

제 1 절 정책결정과정-도시보건지소 설립결정과정	34
1. 일반적 특성과 인식분석	34
2. 정책네트워크의 구조적 특성	36
3. 네트워크 형성분석	47
제 2 절 정책집행과정-대사중후군 관리사업	54
1. 일반적 특성과 인식분석	55
2. 정책네트워크의 구조적 특성	56
3. 네트워크 형성분석	67
 제 5 장 고찰	 75
제 1 절 연구결과에 대한 고찰	75
제 2 절 연구의 한계와 의의	84
 제 6 장 결론 및 제언	 86
 참고문헌	 89
Abstract	93
부록 : 설문조사지	95

표 목 차

[표 1] 시민참여의 스펙트럼-단계별 유형과 주요내용	5
[표 2] 정책공동체와 이슈네트워크의 특징	18
[표 3] 2009년 도시보건지소 설립 선정 기준표	24
[표 4] A구 도시보건지소 설립결정과정의 중심성 값	41
[표 5] A구 도시보건지소 설립결정과정의 중심화 값	41
[표 6] B구 도시보건지소 설립결정과정의 중심성 값	46
[표 7] B구 도시보건지소 설립결정과정의 중심화 값	47
[표 8] A구 대사증후군 관리사업의 중심성 값	60
[표 9] A구 대사증후군 관리사업의 중심화 값	60
[표 10] B구 대사증후군 관리사업의 중심성 값	66
[표 11] B구 대사증후군 관리사업의 중심화 값	66
[표 12] A구 대사증후군 관리사업 교류형태 별 참여이유	68
[표 13] B구 대사증후군 관리사업 교류형태 별 참여이유	72
[표 14] 정책과정에서 일반시민의 영향력 인식도	77
[표 15] 중심화 수치 비교표	81

그 립 목 차

[그림 1] A ladder of citizen participation. Arnstein SR. ·	6
[그림 2] 정책네트워크의 요소	15
[그림 3] 도시보건지소 사업절차 흐름도	23
[그림 4] 대사증후군 관리사업 통합·관리 모식도	26
[그림 5] 연구 모형	27
[그림 6] 내향성과 외향성의 예	32
[그림 7] 중심성 개념의 설명 예	34

[그림 8] A구 도시보건지소 설립결정과정의 정책네트워크	37
[그림 9] A구 도시보건지소 설립결정과정의 교류관계 모식도	38
[그림 10] A구 도시보건지소 설립결정과정의 노드 중심성	40
[그림 11] B구 도시보건지소 설립결정과정의 정책네트워크	42
[그림 12] B구 도시보건지소 설립결정과정의 교류관계 모식도	44
[그림 13] B구 도시보건지소 설립결정과정의 노드 중심성	45
[그림 14] A구 도시보건지소 설립결정과정의 교류평가	49
[그림 15] B구 도시보건지소 설립결정과정의 교류평가	52
[그림 16] A구 대사증후군 관리사업의 정책네트워크	56
[그림 17] A구 대사증후군 관리사업의 교류관계 모식도 ..	57
[그림 18] A구 대사증후군 관리사업의 노드 중심성	59
[그림 19] B구 대사증후군 관리사업의 정책네트워크	61
[그림 20] B구 대사증후군 관리사업의 클러스터 모식도 ..	62
[그림 21] B구 대사증후군 관리사업의 교류관계 모식도 ..	63
[그림 22] B구 대사증후군 관리사업의 노드 중심성	65
[그림 23] A구 대사증후군 관리사업의 교류평가	70
[그림 24] A구 대사증후군 관리사업 참여자 사이의 신뢰도	70
[그림 25] B구 대사증후군 관리사업의 교류평가	74
[그림 26] B구 대사증후군 관리사업 참여자 사이의 신뢰도	74

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 배경 및 필요성

한국사회에서는 1990년대 이후로 의약분업, 건강보험 통합, 의료 민영화 문제 등 보건의료 분야의 여러 공공정책에 시민사회의 영향력이 점차 커지고 있다. 특히 의약분업과 건강보험 통합 사례의 경우 보건의료 공공정책에서 전 국민에 영향을 미치게 되는 중대한 보건의료 문제였던 만큼 정부와 관료집단 뿐만 아니라 다양한 직능단체와 보건의료 시민단체들이 상호 간에 격렬한 충돌을 일으키며 사회적 이슈로 떠오르기도 했다. 보다 최근의 이슈인 의료 민영화 문제는 광우병 이슈와 맞물리면서 2008년 대규모 촛불 집회를 이끌어내기도 하였으며, 2012년에는 다시 떠오르는 영리병원 도입에 대해 여러 시민단체에서 반대의 목소리를 내고 있다.

1987년 민주화 운동 이후 본격적으로 성장하기 시작한 시민사회와 시민단체는 점차 그 활동분야가 담론 수준의 정책에 관심을 둔 거시적 수준으로부터 일상생활과 가까운 미시적 수준으로 폭이 넓어지고 있다. 시민사회 성장의 단적인 예로, 2009년 한국 민간단체 총람에 의하면 보건·의료분야의 민간단체는 총 210개가 기록되어 있으며, 2003년에 78개가 기록된 것을 고려하면 이는 상당히 빠른 속도이다(시민운동정보센터, 2009). 이러한 조직적 움직임은 시민참여의 매개수단으로써, 기록되지 않은 작은 단체들까지도 고려하면 이미 지역사회 내에는 수많은 보건의료 분야의 시민단체, 이익단체 등 시민사회부문의 조직들이 활동하고 있다.

이렇게 시민사회가 성장하고 있는 배경은 한국사회에서 정당과 의회로 대변되는 대의민주주의의 제도적 한계와, 국민을 대변하지 못하는 빈 공간들에 대한 불만이 커지고 있다는 데에 있다. 즉, 시민을 대표하

지 못하고 시민의 의견을 반영하지 못하는 제도적 한계를 보완할 방법으로 시민사회가 발달하고 있다는 것이다. 비록 아테네 시대와 같은 과거에 비해 훨씬 크고 복잡해진 현대 사회에서 국민이 뽑은 대표자를 두어 그 뜻을 대변하게 하는 대의민주주의의 의미를 무시할 수 없겠으나, 그만큼 복잡한 현대사회에서 다양한 구성원들의 의견과 요구에 대한 즉각적이고 적절한 반영의 기전이 필요해진 것도 사실인 것이다.

언론과 사람들의 이목을 끄는 것은 주로 국가 수준의 공공정책 이슈들이고, 지금까지는 시민사회와 참여적 제도에 대한 연구도 역시 국가 수준에서 주로 이루어져 왔다. 그러나 실제로 사람들에게 있어서 건강을 비롯한 일상적인 문제가 끊임없이 발생하고 해결되며 영향을 미치는 장(field)은 지역사회이다(김창엽, 2012). 흔히 지역수준의 정책으로 할 수 있는 일과 영향력이 국가적 차원에 비하여 미비하다고 여기기 쉽지만, 실제로 지역사회는 주민들의 삶을 구성하고 모든 주변 환경과 상호작용하는 공간이기 때문에, 삶의 주체인 주민들에게 일상적으로 밀접한 것은 지역 수준의 정책과정이다. 따라서 시민참여의 논의를 각 지역사회 수준으로 확장시킴으로써 우리는 시민참여의 의미와 그 가능성을 보다 현실적으로 살펴볼 수 있게 될 것이다.

제 2 절 연구의 목적

본 연구에서는 지역사회 수준에서 보건의료 부문의 정책과정에서 이루어지는 시민참여¹⁾의 모습을 파악해보고자 한다. 이를 위해 지역사회의 대표적 공공보건의료기관인 보건소에서 정책결정과정에 초점을 맞

1) 이 연구에서 말하는 ‘시민참여’에서 ‘시민’이란 ‘도·시’에 거주하는 구성원으로서의 시민을 말하는 것이 아니라 “정치공동체의 구성원으로서 공동체의 유지·발전을 위하여 노력하는 구성원”을 의미하기 때문에(이승종, 2011) 국민, 대중, 주민 등의 용어와 같은 개념이라고 보고 혼용하여 사용하기로 한다.

춘 사례로 도시보건지소 설립과정을, 그리고 정책집행과정을 보기 위한 사례로는 대사증후군 관리사업을 선택하였고, 두 개의 보건소에서 각 사례를 정책네트워크 분석을 통해 비교·분석할 것이다. 정책네트워크는 조직 수준에서 정책과정을 분석하며, 시민참여적 제도나 시민단체 등의 활동에만 초점을 두는 것이 아니라, 일반적인 정책과정에서 이루어지는 공공·민간부문의 다양한 참여자들 간의 관계와 상호작용을 드러낸다. 이를 통해 지역수준의 보건의료 정책과정에서 시민참여의 실태를 파악하고 더 나아가 시민참여의 가능성을 모색해보고자 한다.

이를 위하여 설정한 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 서울시 지역구 단위의 정책결정과정과 집행과정에서 공공부문과 민간부문의 참여 실태와 영향력은 어떠한가?

둘째, 정책과정의 참여자들이 정책에 참여하고 네트워크를 형성하는 이유는 무엇인가?

셋째, 지역 보건의료 정책과정에서 시민 참여의 활성화를 위해서는 어떻게 해야 하는가?

제 3 절 연구의 범위와 방법

1. 연구 범위

본 연구는 지역 수준에서의 보건의료 정책과정을 보기 위해 서울시 도시보건지소 설립과정과 대사증후군 관리사업 사례를 살펴보는데 적합하도록 선정한 A구 와 B구에서 진행하였다²⁾. 연구의 시간적 대상은 도시

2) 본 연구는 연구자가 서울의료원 공공보건의료지원단과 서울대학교 보건대학원의 ‘서울시 공공보건의료와 시민참여 활성화 방안’ 연구용역에 참여함으로써 그 일환으로 진행되었으며, 사례 정책과 지역구의 선정은 연구진 내부회의에서

보건지소 설립 결정과정의 경우 A구는 2008년에서 2009년 사이, B구는 2009년에서 2010년 사이인 보건지소 설립의 의제 형성 및 결정과정에 해당하는 기간이었으며, 대사증후군 관리사업의 경우, 최근 1년 동안의 기간을 설정하였다. 본 연구에서 시행하고자 하는 정책네트워크는 사례가 되는 정책추진 과정에서 나타난 행위자들의 상호작용 및 관계구조를 분석하는 연구이며 조직수준에서 분석하는 것이므로, 연구 참여자의 범위는 각 사례 정책에 참여했거나 참여하고 있는 공공 및 민간부문의 참여기관, 단체 혹은 조직(이하 기관) 전수를 대상으로 하였다. 그러나 연구의 주제에 맞도록 해당 지역구의 관내 기관으로 한정하고, 특별한 사유가 없는 한, 보건소나 구청의 내부 네트워크는 제외하였다.

2. 연구 방법

본 연구는 사례연구로, 현실적인 맥락 속에서 현상을 탐구하는 탐색적, 가설 창출적 성격을 갖는다. 연구 방법은 크게 문헌조사와 담당자 인터뷰를 통한 사전조사, 설문지를 이용한 본 조사로 이루어졌다. 문헌자료는 도시보건지소에 대한 사업 선정 지침서, 신청 및 사업 계획서, 구의회 회의록, 그리고 대사증후군 네트워크 구성원 간 협력 체결서, 사업 보고서 등이 포함되었다. 사전에 본 연구의 사례가 되는 사업의 보건소 각 담당자와 인터뷰를 통하여 전반적인 상황과 주요 참여자를 파악하였고, 이를 기초로 하여 눈덩이표집법을 이용한 설문조사(조사자 기입식 설문조사)를 시행하였다. 눈덩이 표집법은 설문조사를 통하여 연결고리를 파악하는 과정을 반복하여 더 이상 새로운 참여자가 나오지 않을 때까지 설문조사를 진행하는 방법이다. 보다 자세한 내용은 분석방법에서 기술하기로 한다.

논의를 통하여 결정하였다.

제 2 장 이론적 고찰과 선행연구

제 1 절 보건의료 정책과정의 시민참여

1. 시민참여와 정책과정

참여는 사회의 매우 다양한 부분에서 이루어지며, 여러 가지 수준을 가지고 있기에 간단하게 설명하기는 어렵다. 범위를 조금 좁혀서, 정치적 참여의 관점에서 시민참여는 주체와 범위에 따라 협의로부터 광의까지 다양하게 개념적 정의를 내릴 수 있다. 보편적으로는 정치시스템의 다양한 수준에서 발생하는 정치적 선택에 직, 간접적으로 영향력을 미치기 위한 의도를 지닌 개별 시민들의 모든 자발적 활동을 포함하는 것(Samuel et al., 1979)이라 할 수 있으며, 이는 단지 공공정책의 형성, 결정단계 뿐만 아니라 집행과정과 평가 단계의 참여까지 포함한다. 이희완(2000)은 시민참여를 시민에 의한 공적행위이며 정책과정에 명료하고도 직접적으로 접근하고 관여하며 영향력을 미치는 행위라고 말하였다. 시민참여의 수준과 유형이 다양한 만큼 참여의 단계를 설명하는 틀과 축 역시 부문별로 매우 다양한데, 국제시민참여학회(International Association for Public Participation)의 분류를 토대로 정리하면 <표 1>에서처럼 비교적 단순하고 수동적인 참여로부터 보다 적극적이고 주도적인 단계로 나누어볼 수 있다(강영진, 2009).

표 1 시민참여의 스펙트럼-단계별 유형과 주요내용

단계	1.정보제공	2.의견수렴	3.자문협의	4.공동결정	5.시민결정
참여방식	정보 공개 공지·홍보	여론수집 /반영 비공식 자문	제도적 참여 협의·권고	정부-시민 협동-합의	시민결정 → 정부집행

참여절차/ 프로그램	정보공개 공람공고 정책홍보 설명회	공청회 진정·민원 여론조사	자문위원회 협의기구 공론조사 정책다이얼 로그	민관협동위 협동계획 협상에 의한 법규제정	주민투표 시민배심제 시민주도형 입지선정위
---------------	-----------------------------	----------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

또 하나의 잘 알려진 시민참여의 틀은 Arnstein의 ‘ladder of citizen participation’ 모형이다(Arnstein, 1969; 그림 1). 이 모형에서 시민참여는 가장 아래 단계로 주민조작(manipulation), 주민 임상치료(therapy)와 같이 어떤 일을 제시하면 일방적으로 받아들이고 듣는 수동적 참여 형태, 중간 부분에서는 정보제공, 상담(consultation)과 회유(placation)와 같이 먼저 제시하면 시민들이 이에 응하여 반응하는 중간적 형태, 그리고 가장 높은 단계로는 정부기관의 주도가 아닌 보다 주도적으로 참여하거나 재량을 행사할 수 있는 시민권력 수준의 형태가 제시된다.

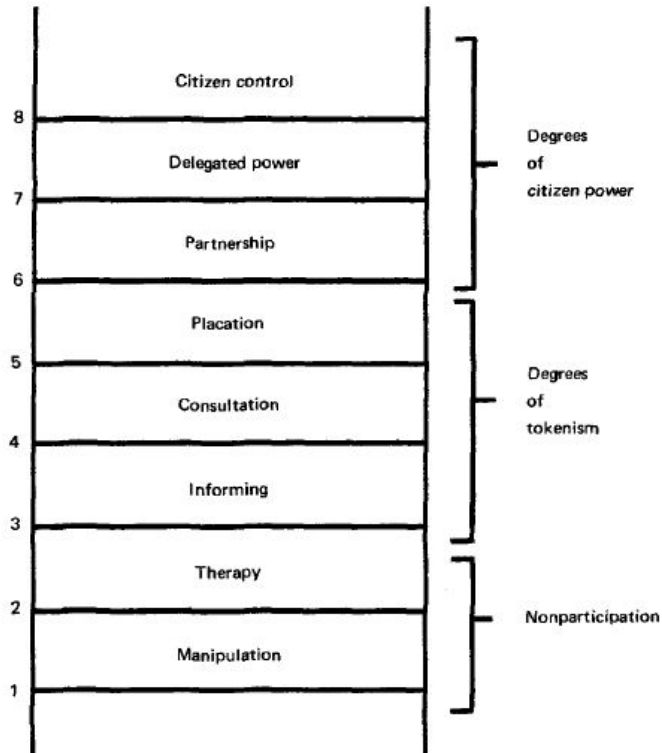


그림 1 A ladder of citizen participation, Arnstein SR.

두 개의 시민참여 유형 모델은 수동적 형태로부터 보다 적극적이고 주체적인 형태로까지, 참여의 수준에 초점을 맞춘 틀이다.

정책과정은 정치체제의 핵심적 산물로서 이 과정에서 산출되는 정책이나 정책결과는 그것이 작동하는 모든 범위에 있는 지역과 주민 전체에 직, 간접적으로 영향을 미치게 된다. 따라서 시민들은 자신들에게 좋은 영향을 가져오기 위하여 이 과정에 참여하게 된다(정정길 외, 2003). 정책과정이 단선적이고 지시적이거나 독단적이 되면 정책은 그만큼 보편타당성과 가치지향성을 갖지 못하게 된다. 일반 시민의 참여는 정책집행 과정에서 나타날 수 있는 문제점과 부작용을 미리 방지하고, 이를 정책에 반영한다는 의미 외에도 정책결정에 모두가 공감과 지지를 보내게 되어 집행에 효율성과 당위성을 갖게 한다는 의미가 있다.

강인성(2008)은 정책참여유형과 주민참여에 대한 연구에서 pretty(1995)의 참여유형 등을 이용하여 정부 정책에 대한 주민참여 방법을 세 가지로 분류하였다. 소극적인 참여는 정보제공과 협의형 참여로 분류하는데, 정보 제공형은 정부가 주민의 요구에 의해 정보를 제공하는 것과 정부가 먼저 주민에게 정보를 전파하는 경우를 모두 포함한다. 협의형 참여는, 주민의 의견이 정부로 환류되는 양방향적 관계를 포함하는 것으로, 협의형 정책참여 수단은 늘어나고 있는 추세이다. 마지막으로 적극적 참여는, 주민들이 전반적인 정책과정과 내용을 결정하는데 있어서 적극적으로 참여하는 협력관계(partnership)를 의미한다. 즉, 정책과정에 걸쳐 실질적으로 개입하고 일정한 힘을 행사하고 역할을 하는 것을 의미하는 것으로 보다 책임성 있는 형태라고 할 수 있다.

정책과정은 여러 학자들이 다양하게 제시하고 있는데, 대체로 정책의제 형성, 정책결정, 정책집행, 정책평가, 정책종결 단계로 설명한다(문재우, 2007). 정책과정과 각 정책과정에서의 시민참여를 관련지어 설명하면 다음과 같다(사재명, 2006; 강인성, 2008).

먼저, 정책의제 형성단계는 환경으로부터 발생한 사회문제가 공적으로 인식되고 하나의 정책의제로 떠오르는 과정을 말한다. 이 단계는 정책의 방향을 결정하는 단계이며, 시민들의 적극적인 참여를 통해 보다 일반적인 지역주민의 이익에 부합하는 방향으로 전개되거나 기존의 공무원들이 파악하지 못하고 있는 문제를 새롭게 인식하게 할 수 있다.

정책결정단계는 의제로 설정된 문제의 해결대안을 찾고 이것을 정책으로 전환시켜 나가는 과정이며 이 과정에서 정책분석이 활용된다. 이 과정에서도 역시 지역주민들이 인식한 문제를 기반으로 대안을 제시할 수 있고, 그들이 갖고 있는 지역사정의 상세한 지식과 경험들이 훌륭한 정보가 될 수 있다. 특히, 이 과정에서는 목표설정과 최종대안의 선정과정에서 주민참여가 중요한 기능을 하게 된다.

정책집행단계는 정책을 실세계에서 구체화시키는 단계를 말하며, 고전적 행정학의 주된 관심대상은 이 부분이었다. 과거에는 집행이란 주로 정부에 의해 이루어지며 주민은 공공서비스를 비롯한 정책집행의 대상이라는 인식이 강하여 참여가 제한적이었다. 그러나 정책집행에 대한 정보를 제공하고 공개함으로써 참여의 폭을 넓힐 수 있고, 오히려 복잡해져가는 현대 사회에서 공공기관 단독으로 정책을 집행하는데 한계가 있기 때문에 민관협력, 지역주민의 참여가 집행의 효율과 성과를 높일 수 있다. 한편으로는 이 과정에서 시민들의 실질적인 생활과 관련된 이해관계가 그대로 드러나기 때문에, 시민참여 형태가 과격한 집단행동과 같은 비 제도적인 형태를 띠기도 한다.

정책평가단계는 정책의 내용과 산출 및 집행과정, 결과 등이 정책 목적을 얼마나 실현시켰는지를 판단하는 과정을 말하고, 정책의 결과를 받아들이게 되는 주민들이 결과에 대한 의견을 반영함으로써 피드백 고리를 형성하고 정책의 개선을 이끌어낼 수 있다.

시민참여는 순기능과 역기능을 동시에 가지고 있다. 그 동안 대표성과 정당성의 문제, 공익에 대한 판단의 어려움과 주민참여에 대한 이

해 조정 역량의 부족, 권력 과 공적 제도권으로의 흡수와 포섭의 문제, 행정적 부담, 책임의 전가나 정당화 수단으로 이용되는 등 참여 자체의 역기능과 같은 문제가 제시되어 왔다. 그러나 단순히 정책 집행의 효율성과 당위성뿐만이 아니라 민주주의와 공공성, 절차적 정당성 담보의 필수적 요소라는 의미, 시민의 정치적 효능감을 제고하고 개인주의와 소외를 극복할 수 있는 공동체 의식의 고취, 정보의 공개와 공공성의 촉진, 민감하고 시기적절한 대응 가능성과 보다 다양한 목소리를 반영하여 사회의 형평성을 추구할 수 있다는 점에서 그 중요성을 되새겨보아야 한다.

2. 보건의료의 시민참여

1978년, 알마아타 선언에서는 전 세계적으로 일차 보건의료의 중요성을 언급하며 지역사회 주민의 참여가 중요한 요소임을 강조한 바 있다. 보건의료 개발과 지역사회 참여에 관한 WHO 보고서에서도 기존의 보건의료 개발 사업이 지역 주민을 주변화 시키고 있다는 점을 비판하고 참여가 적용 범위의 확장, 효율성, 효과, 형평성, 자립성 면에서 중요한 역할을 한다고 설명하고 있다(WHO, 1994).

일반적으로 보건의료 분야는 참여가 일어나기 어려운 부문인데, 시민사회에 대하여 보건의료는 대개 전문가 중심으로 의사결정이 이루어져왔고, 그 내용이 전문적이라 대중에게 설득력 있게 참여의 필요성을 전달하기 어려우며, 건강문제 자체를 개별적이고 사적인 문제로만 인식하여 공급자에 의존하는 경향을 보이기 쉽기 때문이다(김미 외, 2004). 시민참여에 관한 여러 연구들을 살펴보면 다양한 공공정책 분야에 있어서 시민들의 개별적, 집단적 참여가 늘어나고 있으나 보건의료 분야에 있어서는 그 정도가 다른 분야에 비하여 아직 미흡하다는 데에서 이러한 경향을 확인할 수 있다. 특히 전문가가 포함된 조직이 아닌 일반시민의 경우 더욱 그러하다.

그러나 보건의료는 실제 당사자들의 필요와 적절하게 일치될 필요가

있으며 시민은 보건의료 정책의 계획, 집행, 평가에 참여할 권리를 가지고 있다. (Charles&DeMaio, 1993; C. James Frankish et al., 2002). 시민들은 건강과 관련한 중요한 일에서 자신들이 당사자임에도 불구하고 정작 그 결정과정에서 소외되어 ○ 시민은 자신의 몸과 건강에 대한 주인의식을 가지고 관련한 문제에서 참여의 권리를 주장할 수 있어야 한다. 지역 주민들이 건강하기 위해서는 건강한 지역사회가 필요하며, 건강한 지역사회를 만드는 주체는 지역 주민들이다. 정책은 지역사회의 많은 부분에 직·간접적으로 영향을 미치며 변화를 가능하게 만드는 힘이 되므로, 어떤 정책을 계획하고 그 정책을 어떻게 집행하는지에 주민들이 참여하여 그들의 의견, 선호를 반영한다는 것은 당연하다.

또 한 가지 생각할 점은, 의료의 공공성 제고라는 측면이다. 조한상(2009)은 공공성의 세 가지 요소³⁾의 한 가지로 시민을 언급한 바 있다. 의료체계는 기존의 틀과 관행적, 하향적 행태를 벗어나 보다 상향적으로 개선되어나갈 필요가 있고, 공공보건의료 부문의 개혁에서도 시민들의 참여가 필요하다. 앞서 제시한 참여의 형태를 적용시켜 보면 의료 소비자로서 알 권리와 질의 보장과 같은 보다 소극적 형태의 참여뿐만이 아니라, 시민으로서 건강권과 환자권의 보장을 위한 적극적 형태의 참여가 이루어질 필요가 있다.

보건의료정책의 실행 측면에서도 역시 지역 내 생활환경의 변화와 보건, 예방체계의 구축이 단지 중앙과 지방자치단체의 노력만으로는 해결되기 어렵고, 실질적인 대상자가 되는 지역주민과 보건의료 제공자가 함께 이를 구축하여 지역 환경을 개선할 때에 가장 효과적이라는 점에서 시민참여가 의미를 갖는다.

가치와 같은 규범적 차원이나 정책 수행의 정당성, 효율성 이외에도 한편으로는, 그렇다면 보건의료의 정책과정과 같은, 일견 전문가에게 맡겨야 할 것 같은 분야에서의 시민참여가 과연 보건의료 정책의 궁극적 목적이라 할 수 있는 시민들의 건강에는 좋은 영향을 미치게 될까 의문이 들 수도 있다. 일례로 민주주의와 건강의 연관성을 본 한 연구

3) 시민, 공공복리, 공개적 의사소통

에서는 민주주의를 오래 한 국가가 그렇지 않은 국가에 비해 기대수명과 영아사망률에서 양호한 결과를 보였다(Besley and kudamatsu, 2006). 저자들은 민주주의가 가지는 대표성(representation)과 책무성(accountability), 정치과정을 통하여 유권자의 요구가 반영된, 즉, 국민의 건강에 좋은 영향을 미치는 정책이 입안되고 실행될 가능성이 높아진다는 설명을 하고 있다. 본인의 의견을 대표할 대표자를 선출하는 민주주의 구조가 그러하다면, 직접 참여하는 방식은 그 경로를 더욱 강화하는 방향으로 진행 될 것이라는 함의를 준다.

3. 보건의료 정책과정의 시민참여에 관한 선행연구

보건의료 분야에서의 시민참여에 관한 연구는 그 수가 많지 않으며 크게 의료생협이나 시민단체의 활동과 같이 특수한 형태의 시민참여 모델에 대한 연구가 한 부분이며, 주민참여형 제도에 대한 연구가 또 한 부분이다.

시민단체에 대해서는 시기별로 보건의료 시민단체운동 특성을 파악하고 성과와 과제를 살펴본 연구(조병희, 2001)가 있었고, 또 다른 연구에서는 의약분업과 관련한 이슈에서 시민단체의 조직특성과 전략이 상황 전개에 어떻게 작용했는지를 살펴보았다. 신영전(2010)은 의료 민영화 정책에 대한 시기별 시민사회의 대응을 시민단체 중심으로 정리하기도 하였다. 김의영(2003)의 연구에서는 국민건강보험 정책을 사례로 그 체계 변화 과정의 정치를 분석하면서 의료소비자의 참여체계 구축에 있어서 문제를 살펴보았으며, 의·약계, 소비자, 정부로 이루어진 협력적 거버넌스 모델에 초점을 맞추어 그 가능성과 한계를 가늠해보고자 하였다. 아예 보건의료 시민단체의 역할과 역할수행방식에 대한 실증분석을 시도한 연구도 있었다(김미 외, 2004). 시민단체의 대표성과 책임성에 대한 문제제기가 이루어지고 있고, 과연 일반 시민들의 참여라고 할 수 있는가에 대해 생각해볼 필요가 있다는 점은 기존의 연구들의 한계점이기도 하지만, 한편으로는 일상생활에서 보건의료라

는 분야에 시민참여라고 할 만한 경험들이 이루어지고 있지 않다는 것에 대한 반증이기도 할 것이다.

지역 수준에서의 시민참여에 관한 연구는 지역보건의료계획 수립과정에서 주민참여 실태와 영향요인을 지역보건의료계획서를 검토하여 연구한 것이 있는데, 이 연구는 2차 자료만을 이용해 농어촌 지역을 분석하였다(김성옥, 1998), 김들순(2008)은 수돗물 불소사업에서의 지역별 주민참여유형을 연구하였고, 이에 대한 지방정부나 의회의 반응에 대해서도 사례를 통해 분석하고 있다. 연구의 결과 지방자치제 도입 이후 주민들의 참여욕구가 증가하고 있으며, 이것은 지방정부를 주민 여론에 보다 민감하게 반응하도록 하였으나 여전히 참여의 기회나 형태는 제한적이고 수동적인 접근에 머무르고 있다고 평가하였다. 학위 논문 중에서는 일개 지역시의 수준에서 지역보건의료계획의 수립 과정을 중심으로 시민참여에 대한 인식과 태도, 영향요인을 질적으로 분석한 연구(김보경, 2011)가 있는데, 다른 연구들에서와 비슷하게 이 연구에서도 지역보건의료계획의 수립에서 시민 참여의 목적이나 주체에 대한 성찰과 합의가 부족하며 형식적 참여에 머무르고 있다고 평가하고 있어, 아직 보건의료 부문 시민참여에 대한 인식과 시도가 전반적으로 부족함을 미루어 짐작하게 한다.

제 2 절 정책네트워크

1. 정책네트워크의 개념과 특징

앞서 연구의 목적이 지역사회 수준에서 보건의료 부문의 정책과정에 작동하는 시민참여의 모습을 파악하는 것에 있다고 하였다. 현재 지역 수준의 보건의료 정책과정에서 시민의 참여 통로를 보면 가장 손쉽게는 인터넷이나 민원과 같이 보다 개별화된 참여방법들이 활성화 되어

있는 편이나 그 영향력이 크지는 않고, 제도적으로 형성되어 있는 위원회, 설명회, 주민 간담회 등은 대표성이나 실제 운영의 실효성, 영향력 면에서 미흡하다는 평가를 받는다. 단지 이러한 부분들을 단편적으로 살펴보는 것으로는 실제 모습을 알기가 어렵다. 지방자치단체를 대상으로 하는 정책의 결정과정에는 중앙과 지방 그리고 민간부문의 다양한 수준과 기능을 하는 행위자들이 공식적, 비공식적으로 참여하고 있다. 지역보건의료 정책과정에서 민간부문의 실질적 참여양상을 보기 위해서는 제도적으로 만들어진 공식적인 부분 뿐 아니라 비공식적으로 이루어지는 연결망을 파악할 필요가 있으며, 정책네트워크는 중앙과 지방 그리고 민간부문 행위자들 사이에 존재하는 관계를 범주화하는 수단으로서 매우 복잡하게 얽혀있는 공식, 비공식적인 행위자들 간의 연계와 상호작용을 분석하는데 매우 유용한 것으로 알려져 있다(남궁근, 1998).

1) 정책네트워크의 개념

정책네트워크를 간단히 말하면 정책과정에서 정부(공공부문)와 사회영역 간에 공식적, 비공식적인 상호접촉을 통해 공동의 문제해결을 추구하는, 상호침투관계(서로의 경계를 넘나드는)의 구조라고 할 수 있다(홍성만, 2010). Schneider(1992)는 이를 정책결정과정에 협력하는 자율적이면서 상호의존적인 행위자들의 집합이라고 표현하였고 상호의존적이라 함은 네트워크 내부의 관계가 수직적이기 보다는 수평적이라는 것을 뜻한다.

정부의 정책을 바라보는 시각에는 다양한 접근방법들이 존재하는데, 행위자를 강조하는 미시적 분석으로부터 구조를 강조하는 거시적 분석까지 여러 가지 방법론이 존재한다. 현실의 정책과정은 개인이나 담당기관이 독자적으로 운영할 수 있는 단순한 의사결정과정이지 아니라 다수의 활동 주체들이 복합적으로 개입하는 동태적 과정이다(문재우, 2007). 따라서 양측의 이원론을 탈피한 중범위적 접근의 정책네트

워크는 보다 현실적인 정책연구방법의 성격을 띄고 있다.

정책네트워크 모형은 사회 연결망 분석을 정책과정 연구에 접목하여 정책과정을 설명하는 데 초점을 두고 있기에 사회연결망 분석의 특성을 그대로 가지고 있다고 할 수 있다.

사회연결망 분석은 행위자 간 관계의 형태를 계량적으로 구조화하고 특성을 분석하는 방법으로, 사회적 독립체들 간의 관계, 패턴, 관계의 영향에 초점을 맞춘다. 사회연결망 분석의 관점에서, 사회적 환경이란 상호작용하는 단위체들 사이에서 관계의 유형이나 규칙적 패턴으로서 표현될 수 있다. 그리고 이렇게 관계에서 나타나는 규칙적 패턴을 ‘구조(structure)’라고 일컫는다.

네트워크 연구에서는 다음과 같은 개념이 중요하다(Wasserman et al., 1994).

- 행위자들과 그들의 행동은 독립적이기보다는 상호의존적이며 자발적이다.
- 연계(linkage, relational tie)는 행위자들 사이에 자원의 ‘흐름’이나 교환이 이루어지는 통로이다. (물질적, 비물질적)
- 연결망 모형은 행위자들 사이의 관계에서 지속적인 사회적, 경제적, 정치적 패턴을 구조로서 개념화한다.
- 이러한 구조는 개인들에게 기회를 제공하기도 하고 행동의 제약이 되기도 한다.

기존의 사회과학적 연구와의 차이는 연구대상 간의 ‘관계’에 대한 정보와 개념이 설명과정에 포함되느냐에 달렸다. 부연설명을 하면, 기존의 연구는 개인, 집단, 사회를 각각 독립되어 존재하며, 스스로 기능할 수 있는 실체로 본다. 주체들은 서로에게 영향을 미치지 않는다는 것이 핵심 가정이다. 그리고 특정 사회현상을 각 특성의 합으로 환원한다. 예를 들어, 그룹 내에서 의사결정을 하여 동의에 도달하는 사회심리학적 모형 연구를 생각해볼 때, 단지 구성원의 특성과 결정

과정으로 나온 결과물에만 초점을 맞추면 이 연구는 매우 제한적이 된다. 구성원 간의 어떠한 관계적 상호작용이 있었는지를 파악하는 것이 이 의사결정 과정을 보다 더 잘 이해하는데 도움을 줄 수 있다.

2) 정책네트워크의 요소

이러한 특성은 기존의 정책연구 방법론들로는 밝히기 어려웠던, 내부의 역학관계를 보다 분명히 밝힐 수 있다는 장점을 갖는다. 이러한 유용성이 있는 한편, 정책네트워크에 대한 개념은 아직 명확하게 정립되었다고는 보기 어렵고, 연구자마다 다양한 인식과 접근을 하고 있다. 여러 연구들이 제시하는 정책네트워크 연구에서의 공통된 요소는 참여자와 상호관계의 내용, 그리고 네트워크의 구조이며 한결 구체적으로 접근할 수 있을 것으로 보인다. 다음 <그림 2>를 통해 세 가지 요소 관계를 볼 수 있다⁴⁾.

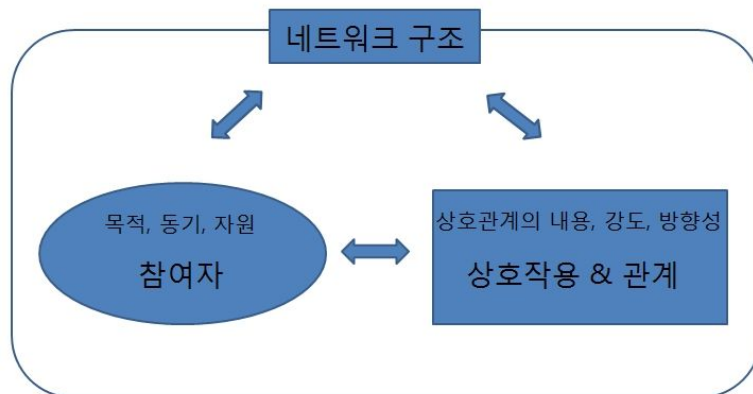


그림 2 정책네트워크의 요소

첫 번째는 참여자이다. 정책네트워크는 기본적으로 정책 참여자들의 관계적 특성을 그 분석대상으로 하기 때문에, 참여자의 수와 유형

4) 그림 1 은 김선경 외(2003)의 연구에서 제시한 그림을 본 연구에 맞게 수정, 보완한 그림이다.

이 네트워크의 크기와 성격을 규정하며 정책결정의 주요한 영향요인으로 작용하게 된다(박해육 외, 2007). 참여자는 개인일 수도 있지만 보통은 조직의 구성원으로서 대리인 자격으로 참여하는 역할을 한다. 이들은 정책결정과정에 참여함으로써 이루고자 하는 특정 목적을 가지고 있으며, 서로 다른 종류의 운용 가능한 자원을 가지고 전략적으로 이를 활용한다. 가지고 있는 자원에 따라 참여와 배제가 결정되기도 하며 행사할 수 있는 영향력의 정도를 결정짓기도 한다. 자원에는 재정적, 인적 자원과 같은 물질적 자원뿐만 아니라 정보, 사회적 정당성, 정책적 지지나 연합과 같은 비물질적인 종류의 자원이 포함된다.

두 번째는 참여자 간의 상호작용과 관계이다. 참여자들은 정책과정에서 영향력을 행사함으로써 자신들의 목적(이익)을 성취하고자 상호작용을 하게 되는데 이는 그들이 가진 필요, 의도, 자원과 전략에 따라 이루어진다. 네트워크 구조 자체가 스스로의 목적을 가지고 있는 것은 아니기 때문에, 이러한 상호작용과 관계는 ‘참여자’와 ‘네트워크 구조’를 연결하는 다리의 개념을 갖게 된다. 관계는 협력적일 수도 있고 대립 혹은 갈등적일 수도 있는데 이는 이분법적인 것이 아니라 환경과 목적의 변화에 따라 얼마든지 변할 수 있는 성격의 것이다. 정책네트워크의 가장 흔한 기능은 관계의 강도를 증가시키기 위한 목적인데 이는 정책결정과정에 접근 가능한 공식적, 비공식적 통로, 정보의 교환, 협상, 자원의 교환이나 동원, 협력과 같은 형태로 나타난다(Waarden, 1992).

세 번째는 네트워크 구조인데, 정책네트워크 분석에서 중요한 것은 과연 어떠한 형태로 네트워크가 구성되는가에 있다. 이는 참여자와 상호작용의 내용을 포함한 것으로 행위자간의 관계의 패턴이라고도 할 수 있다. 반대로 참여자들은 구조, 즉, 조직간 관계를 고려하게 되고 이는 상호작용에 다시 영향을 미치게 된다. 네트워크 구조의 변수로는 네트워크의 크기, 경계, 유동성, 개방성, 구성원의 종류(자원, 강요), 연계의 패턴(혼란, 질서), 강도, 빈도와 지속성, 균형성, 방향성(단

방향, 양방향)등이 있다.

3) 정책네트워크의 특성과 유형

정책네트워크는 이론적으로는 거래비용의 경제학⁵⁾, 교환이론⁶⁾, 자원의존이론⁷⁾에 근거를 두고 있다. 핵심적인 가정은 다음과 같다(Auator, 1990). ① 행위자들은 환경에 대한 정보를 얻고, 자원의존관계를 재구성하기 위하여 의도적으로 연계를 구축한다(linkage), ② 상호연결된 네트워크는 자원의 흐름과 자원의존관계의 원인이며 귀결임을 의미한다. ③ 네트워크는 동적이다. 행위자들의 자원 재분배 및 권력 양상에 따라 구성이 변할 수 있다는 것이다. 부연설명을 하면 행정가들은 정치적지지, 정당성, 정보, 연합할 세력이 필요하며, 이익집단들은 공공정책의 형성과 집행에 접근하여 영향력을 행사하거나, 한편으로는 조직이 추구하는 바를 인정받고 지지층을 형성하고 싶어 한다. 이렇게 서로 다른 필요는 교환관계를 만들어내고 이것이 반복되면 네트워크 구조로서 보다 제도화된다.

많은 학자들은 그동안 정책네트워크의 유형화를 제시하여 왔는데, 그 종류를 철의 삼각(iron triangles), 후견주의(clientelism), 코포라티즘(formalized corporatism), 이슈네트워크(issue networks)와 같이 적게는 두 가지부터 많게는 Waarden처럼 열 한가지의 종류까지 제시하는 등 매우 다양하다. Rhodes and Marsh는 정책네트워크의 유형을 정책공동체(Policy community)와 이슈네트워크의 두 가지로 단순화하여 제시하였다. 정책공동체는 대단히 제한적인 행위자들이 참여하며, 전문가 위주의 배타적 구성이 이루어지는 경우가 많고, 모든 집단이 정책이슈

-
- 5) 조직이론의 일종으로, 조직의 생존에 필요한 자원이나 기능을 조직 내에서 모두 확보할 수 없기에 외부조직과의 거래관계를 형성하게 되며, 이때 거래에 드는 비용을 최소화 하는 것을 조직구조 효율성의 관건으로 본다.
 - 6) 개인, 집단은 상호간에 사회적 행위로서 서로의 이윤을 최대한 추구하면서 주고받는 교환관계를 성립시킨다는 이론, G. Homans가 대표적으로 주장하였다.
 - 7) 조직이 당면한 환경적 불확실성을 극복하기 위하여 적절한 의사결정을 통해 필요한 자원을 획득하여야 한다는 이론. (Pfeffer, J. and G. R. Salancik, 1978).

에 대해 빈번히, 지속적으로 상호작용을 갖고 안정적인 관계를 유지한다. 반면 이슈네트워크는 참여의 경계가 개방적이어서 매우 다양한 이해관계자가 자유롭게 참여하며, 빈도와 강도가 각 참여자마다 상황에 따라 변화하고 갈등이 상존하며, 참여자간의 자원과 접근에 불균형이 있을 수 있고 매우 역동적 권력관계를 갖는다. 많은 정책이슈에서 이 양 극단의 경우에만 속하기 보다는 두 형태가 동시에 존재하기도 하고 중간적 성향을 갖는다. 최근 한국사회의 다양한 정책영역에서 정책네트워크는 대부분 정책공동체 형태에서 정책이슈네트워크 형태로 변화하고 있다는 평가를 받고 있다(홍성만, 2010).

표 2 정책공동체와 이슈네트워크의 특징 (Marsh&Rhodes. 1992; 홍성만, 2010)

차원		정책공동체	이슈네트워크
참가	참가자의 수	대단히 제한적, 어떠한 집단들은 의식적으로 제외됨	많음
	이해의 유형	경제적 그리고/혹은 전문가적 이해 위주	연관된 여러 이해들을 포괄
통합성	상호작용의 빈도	모든 집단이 정책이슈에 관한 모든 문제에 대해 갖고, 긴밀한(high-quality) 상호작용	빈도와 강도가 상황에 따라 변화
	지속성	구성원, 가치, 그리고 결과가 지속적	구성원, 가치, 그리고 결과가 큰 폭으로 변동
	컨센서스	모든 참가자가 기본가치를 공유하고 결과물의 정당성을 수용	합의를 위한 도구는 존재. 그러나 갈등이 상존
자원	네트워크 내 자원의 분포	모든 참가자가 자원을 소유. 교환적인 관계 위주	일부의 참가자가 제한적인 정도의 자원을 소유. 자문적 관계 위주
	참여주직 내 자원의 분포	계서적	조직구성원을 규제할 수 있는 능력은 조직 간에 차이
권력	권력	구성원 간에 권력의 균형. 하나의 집단이 지배할 경우에는, positive-sum game이어야 함. 권력관계의 안정성	불균형 (자원과 접근의 면에서). zero-sum game 권력관계의 역동성

4) 정책네트워크의 유용성

정책현상에서 네트워크는 독립변수로서의 지위를 가질 수 있다는 점에서 주목의 대상이 될 수 있다. 네트워크는 상호작용을 제약하는 요인으로 작용하기도 하고, 새로운 관계의 결합은 추가적 혹은 시너지 효과를 가져올 수 있다. 즉, 정책과정에서 네트워크는 정책 효과성의 정도와 관련될 수 있다는 것이다.

실제로 많은 정책이 공식적, 비공식적 네트워크 작용 속에서 결정되고 집행된다는 점에서 정책네트워크적 시각의 접근은 정책연구와 정책현실과의 정합도를 높이고, 현실 설명력의 제고 및 적절한 처방의 모색을 가능케 하는 실용성을 갖는다(홍성만, 2010). 또한, 그간 정책과정의 참여자로서 관료조직에 주로 초점을 맞추었던 것에 비하여 정부와 기업, 그리고 지역주민, 이익집단, 시민사회집단, 전문가집단 등 정책참여 주체의 경계에 대한 인식을 넓혀준다는 데에 의미를 둘 수 있다. 특히, 보건소라는 지역사회 공공보건의료기관에서 보건의료 정책의 집행과정은 보건사업의 실행과정인 경우가 많다. 보건소의 특성상 해당 지역사회를 대상으로 건강증진과 예방과 관련된 사업을 진행할 때, 내소자에 국한될 가능성이 높고 이는 사업의 범위 뿐만 아니라 형평의 문제에서도 한계점으로 드러난다. 네트워크는 하나의 중심점이 직접 모든 연결점에 일일이 접근하지 않더라도 넓은 부분에 도달할 수 있다는 장점을 가지기 때문에, 기존에 형성되어 있는 네트워크를 활용하는 것은 하나의 좋은 접근방법이 되며, 중심이 되는 네트워크를 발견하게 되면 이들을 거점으로 한 연대를 통해 사업의 파급이 자연스럽게 이루어 질 수 있다.

2. 보건의료의 정책네트워크에 관한 선행연구

정책네트워크를 사용하여 보건의료 정책과정을 다룬 연구도 국가수

준의 정책에 관한 것, 그리고 정책 결정과정에 초점을 맞춘 연구가 대부분이다.

김순양(2005)은 1996년 이후의 의료보험 통합 일원화의 과정을 정책 네트워크 모형에 입각하여 분석하였다. 이 연구에서는 정책환경, 네트워크 구조, 네트워크 행위자들 간의 상호작용, 그리고 정책산출이라는 네 가지 구성요소를 분석의 틀로 삼았으며 멤버쉽의 구성, 주도적 참여자, 참여자의 이해, 게임규칙의 준수를 통해 살펴본 정책네트워크의 속성이 정책산출에 미치는 영향을 탐구하였다.

김순양의 또 다른 정책네트워크 연구(2007)에서는 김대중 정부 시기의 의약분업 논쟁을 대상으로 보건의료 정책과정과 정책네트워크의 동태성을 분석하였다. 이 연구의 특징은 정책네트워크의 개념을 환경적 맥락, 정책 네트워크, 정책 산출로 이루어지는 과정지향적인 관점에서 논의하여 정책과정을 분석하기 위한 네트워크 모형의 설명력을 배가하고자 하였다는 데에 있다. 김순양은 이후의 연구(2011)에서 의료보험 통합일원화의 역사적 흐름을 따라 정책네트워크 모형과 옹호연합 모형을 결합하는 통합적 분석틀을 통하여 시기별로 동태성을 비교 분석하기도 했다.

그 외에도 김행열, 모지환, 오세영(2010)은 노인 장기요양보험제도의 정책결정과정에 참여한 행위자들을 정치인, 정부관료, 시민단체 및 이익집단으로 식별하여 그들의 역할과 이해관계, 상호작용을 살펴보고, 그들이 정책결정에 어떠한 영향을 미쳤는지를 정책네트워크 이론을 통해 분석하였다.

지금까지 살펴본 연구들은 정책네트워크의 구조를 이용하여 정책사례를 분석하고 있으나 사회네트워크 분석 방법을 적용하여 수치화하는데까지 시행하지는 않았고 주로 정책네트워크 요소를 통해 기술적으로 분석해나가고 있다.

홍경준, 송호근(2005)의 연구에서는 문민정부와 국민의 정부시기에 사회복지정책이 결정되는 구조에 대한 정책 연결망 분석을 시행하여 그 관계구조를 비교하였으며, 이 과정에서 사회연결망분석 방법을 적

절히 활용하여 관계구조의 비교와 변화양상을 설명하고 있다.

정책네트워크는 정책 결정과정 뿐만 아니라 정책의 집행과 평가과정을 비롯한 전반적인 정책과정에 모두 적용될 수 있으나 이해관계자들의 권력관계가 가장 역동적인 결정과정이 관심의 대상이 되고 있음을 알 수 있었다. 그러나 정책의 집행과정은 결정된 정책이 목표한 바를 향해 현실적인 여러 가지 상황 속에서 이루어져 나가는 과정이라는 점에서 이 부분 역시 주목해 보아야 할 필요가 있다.

지역수준의 보건의료 정책네트워크를 살펴보는 연구는 백지현(2012)의 학위논문 외에는 찾아보기 어려웠다. 이 논문은 송파구의 세이프티 닥터제를 중심으로 사회연결망 분석을 활용하여 안전도시 사업의 구조를 분석한 연구이다. 그러나 이 연구는 정책네트워크에 맞춘 연구라기 보다는 사회연결망 분석방법 자체를 활용하여 사업의 구조를 분석하고 발전방향을 모색한 연구이다.

지역 공공정책과정의 정책네트워크 연구로는 보건의료 외의 분야에서 지역혁신체제와 관련한 임실치즈밸리 사업, 지역관광개발, 방폐장 입지선정과정, 지역축제 등의 정책네트워크를 살펴보는 다양한 연구들이 진행되었다(박해육 외, 2007; 심원섭 외, 2009; 김영중, 2005; 장황래, 2010).

제 3 장 연구과정 및 분석방법

제 1 절 연구사례

지역보건의료 정책과정의 네트워크를 연구하기 위하여 정책과정 중 의제 설정 및 결정단계에서는 도시보건지소 설립과정을, 정책집행 단

계에서는 대사증후군 관리사업을 살펴볼 것이다. 도시보건지소는 설립 목적 자체가 도시 내 취약인구의 보건의료 안전망 확보와 접근권 보장에 있으며, 사업의 내용도 건강증진과 예방에 초점이 맞추어져 있어 사업의 계획, 실행, 평가과정에서 지역주민의 의견 수렴, 지소의 목적과 사업내용에 대한 충분한 이해, 사업 수행과정 중에서 지역 내 연계 등 민간부문과의 협력과 상호소통이 필요한 부분이 많은 사안이다. 대사증후군 관리사업은 사업의 대상이 30-64세의 성인이고, 단지 보건소 내소자 뿐 아니라 그렇지 않은 지역주민들 모두를 대상으로 하기에 지역자원 연계가 필수적인 사업이다. 대사증후군 자체가 고혈압, 당뇨, 비만 등 만성질환들과 연관이 있으며 예방, 조기발견 및 지속적인 관리가 필요하기에 지역자원의 연계는 폭넓고 지속적으로 이루어지는 것이 사업의 목적에 부합하며, 이를 위해서 역시 지역사회 각 부문과의 네트워크가 도움이 될 수 있다.

1. 도시보건지소 설립

현재 국내 모든 시군구에는 보건소가 설치되어 있으며, 지역보건법 제 10조에 의하면 지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소를 설치할 수 있고 제 19조에 의해 국가와 시, 도가 보건소의 설치와 운영에 필요한 비용의 일부를 보조할 수 있도록 되어 있다. 도시보건지소 계획은 2003년 참여정부의 ‘도시지역 보건지소 설치’라는 공약으로부터 시작되어 2005년에는 보건지소 시범사업으로 전국에 7개 지소가 설치되었다. 도시보건지소의 추진 배경은 급속한 도시화에 따라 노인의 66%, 의료급여대상자의 72%, 장애인의 48% 등 다수의 취약인구가 도시에 거주하지만, 이들에 대한 건강증진, 만성질환관리 등 보건의료서비스의 미충족이 일어나고 있다는 데에 있다(보건복지부, 2011). 이에 따라 도시보건지소설치를 통해 도시 취약계층 밀집지역에 보건의료 안전망을 확보하고 지리적 접근권을 보장하고자 추진되고 있다. 복지부가 지원

하는 도시보건지소는 현재 전국에 총 32개소로 서울시에는 4개가 설립되어 운영 중이며, 복지부와 별도로 서울시에서는 추가로 도시보건지소의 확충을 위하여 2012년 예산안을 편성한 바 있다.

도시보건지소는 기존의 보건소나 보건분소와 달리 그 기능에서 포괄적인 건강증진 및 예방관리에 초점을 맞추고 있다. 핵심적인 사업지침 5가지는 건강생활 실천통합서비스사업 및 만성질환 관리사업, 맞춤형 방문건강관리사업, 재활보건사업, 각 사업의 추진전략으로 지역사회연계의 활성화이다.

도시보건지소 설립 사업의 추진 절차는 <그림 3>과 같다.

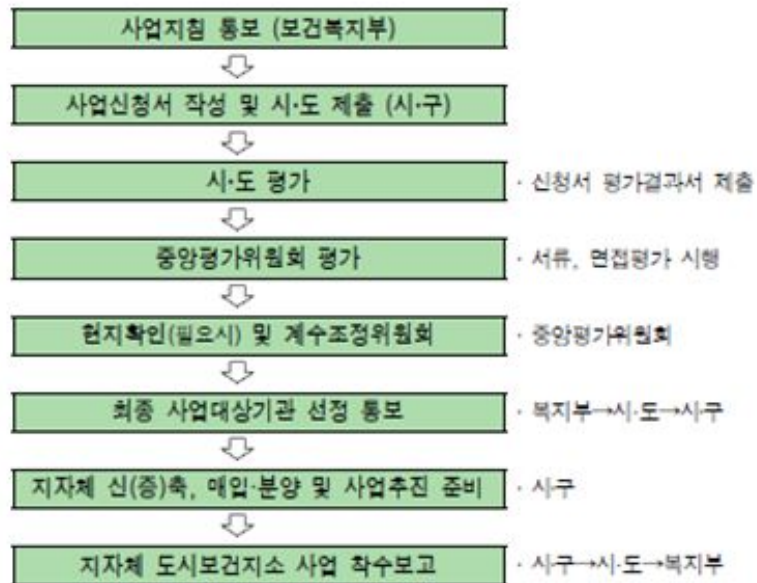


그림 3 도시보건지소 사업절차 흐름도

보건복지부에서 사업지침서를 작성하여 시,도, 및 시,구에 배부하면 시, 구는 사업신청서를 작성하여, 해당 시, 도에 제출하게 되고, 각 시, 도는 이를 평가하여 보건복지부에 제출하면 보건복지부에서 최종 선정 절차를 거치게 된다.

표 3 2009년 도시보건지소 설립 선정 기준표 (시설부문)

기준	배점	소분류	정의	배점
사업 추진 역량	30	단체장의 의지표명여부 (추가예산 및 인력확보에 대한 확약서 등)		20
		기존 유사 사업수행실적*		10
사업/ 운영 계획의 적절성	50	사업목적의 적절성	보건의료취약계층 등 지역주민 보건수요도 (취약지역 주민의 보건의료 수요도 파악 등)	30
			보건소 내부역량의 부응도(주민의 보건의료 수 요해결을 위한 전문인력, 전문지식, 기술 등 노 하우 충족 등)	
		사업운영계 획의 적절성	신축부지 확보 여부	15
			사업운영방안(사업 목적 달성을 위한 인력, 조직, 시설, 장비 등 운영방안)	
		사업평가 계획의 적절성	사업추진일정	5
			평가지표의 적절성(기획부터 평가까지 전 영역) 평가 및 환류방법의 적절성 (평가지표, 방법, 결과의 환류방안 등)	
지역 사회 참여와 연계 계획의 적절성	20	주민참여방안 포함여부	사업의 계획, 진행, 평가과정에 주민참여	5
		지역 내 관련 사업과의 연계활동	지역 내 학교보건, 산업보건과의 연계활동 (지역내 기관 등과 연계 등 구체적인 계획 및 시행의지 표명 등)	5
		민간, 전문기관과 의 구체적인 파트너십 및 협력계획	민간의료기관 등과 구체적인 활동연계 (민간의료기관과의 파트너십 및 협력 계획 개 발·제시 등)	10
합계	100			100

선정(평가)기준에는 시설 부문과 보건의료 장비 부문 두 가지가 있

는데, 그 중 시설 부문의 선정평가항목과 배점에는 지역선정과 사업운영계획의 적절성 뿐 아니라, 지역주민과 민간참여 계획이 포함된다. 2009년 선정 기준표에서는 3가지 기준 중 ‘지역사회 참여와 연계 계획’의 적절성이 포함되어 있고 세부 분류로 사업의 계획, 진행, 평가과정에서 주민참여방안 포함여부, 지역 내 관련 사업과의 연계활동, 민간, 전문기관과의 구체적인 파트너십 및 협력계획이 포함되어 총 20점을 차지한다. 그러나 ‘사업선정지침서’에 해당 항목들에 대한 신청서 서술이나 보다 세부적인 평가지침이 더 이상 제시되어 있지는 않았다. 2012년 선정 기준표에서는 네 개의 기준 중에서 ‘사업추진의지’가 10점을 차지하고 이 중 지자체장의 추진의지와 지역주민, 민간참여 등 지역의지가 각각 5점씩 주어졌다. 현재까지 서울시에 설립된 도시보건지소는 2012년 이전의 기준을 따른 시점이었기 때문에 2009년의 평가기준과 배점을 따른 것으로 볼 수 있다.

2. 대사증후군 관리사업

대사증후군 관리사업은 2009년 1월 ‘100만인 대사증후군 사업(성인)’이 서울시 보건소 5대 중점건강관리사업으로 선정되면서 시작하였다. 보건정책담당관으로부터 건강증진담당관으로 업무가 이전되었고 서울의료원 의학연구소 정책연구실 내에 ‘서울시 대사증후군 관리사업 지원단’이 구성되었다(박상신, 2010). 2010년, 25개 서울시 보건소 중 10개의 보건소가 대사증후군 사업 시범보건소로 선정되어 ‘대사증후군 전문 관리센터’를 개설하여 검진 및 사후관리를 실시하고 있고 25개구 토요 열린보건소에서 대사증후군 발견 및 상담코너를 개설하여 시범운영을 시작하였고, 2011년에는 25개 전 자치구 보건소에 ‘대사증후군 전문 관리센터’를 확대·운영하고 있다.

자치구 내 전담 기구 설치하는 ‘보건소 내 설치’와 ‘보건소 외 설치’로 나뉜다. ‘보건소 내 설치’는 대사증후군의 발견검사 및 건강관리 상담 서비스를 모두 제공할 수 있는 형태를 의미하며, 보건소나 보건분소

등에 설치되는 ‘대사증후군 전문 관리 센터’ 및 ‘토요 열린 보건소’ 형태로 운영되는 경우가 포함된다. 특별히 내소자만을 대상으로 하는 경우 시민들의 시간적, 지리적 접근 제약이 발생하기 때문에 이를 해소하기 위하여 시민을 직접 방문하여 건강체크, 건강상담을 실시하여 혜택을 받을 수 있도록 하기 위해 ‘찾아가는 건강상담실’을 설치·운영하고 있으며 주요 인력이 필요시 주민을 찾아가거나 특정 요일을 두고 순회하며 근무하는 형태로 이것이 ‘보건소 외 설치’에 해당한다(서울특별시, 2011). <그림 4>는 대사증후군 관리사업의 통합·관리 모식도이다.

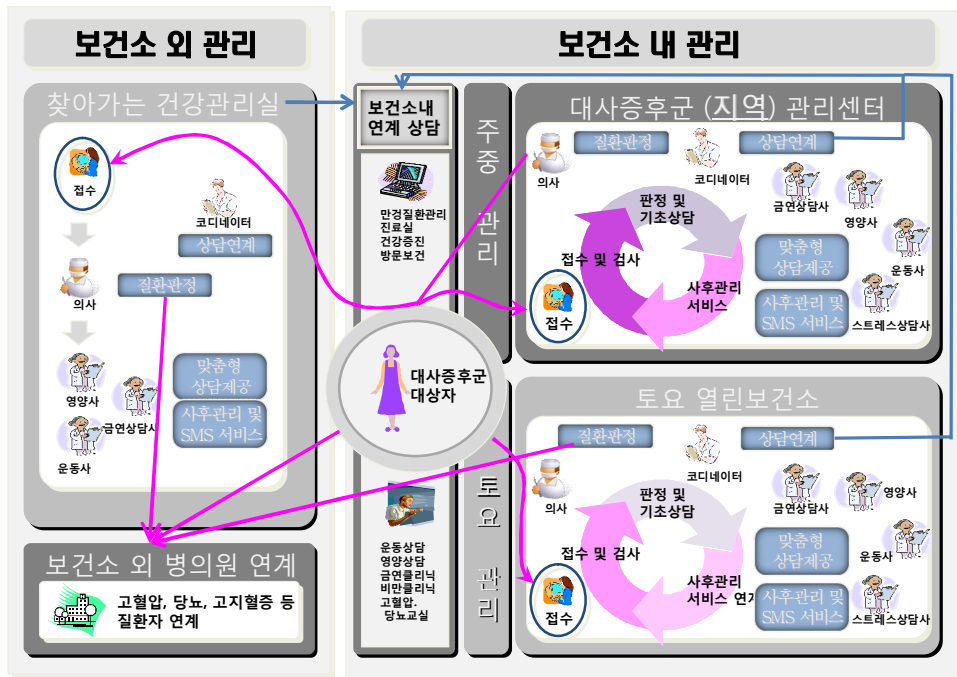


그림 4 대사증후군 관리사업 통합·관리 모식도

제 2 절 연구과정 및 모형

본 연구는 두 개의 사례를 두 곳의 지역구에서 살펴본 2 x 2 사례연구로써 기본적으로 기술적 연구의 특성을 갖는다. 문헌조사를 통한 사전조사와 네트워크 분석을 위한 설문조사를 통해 지역 보건의료 정책과정 중에서 결정과정과 집행과정 각각의 부분에서 정책 참여자 특성 및 정책네트워크의 구조적 특성을 살펴보고 네트워크 형성에 대한 추가적인 고찰을 시행한다. 이런 전반의 과정을 통하여 지역사회 정책과정의 시민참여의 실태와 향후 시민참여의 활성화를 위한 시사점을 도출하고자 한다.

연구의 모형은 다음과 같다.

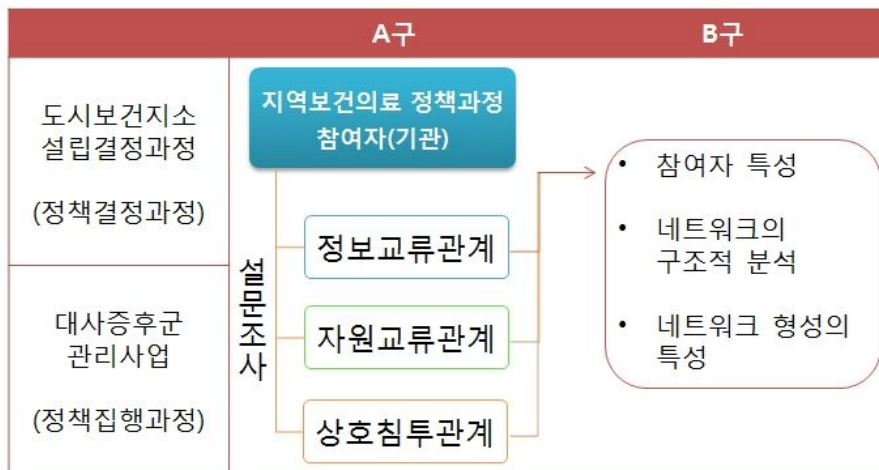


그림 5 연구 모형

제 3 절 분석 방법

1. 분석 대상

분석 대상은 사례로 선정한 두 개 구의 도시보건지소 설립결정과정
에 참여한 기관, 조직 및 단체(이후 기관으로 명시함)과 대사증후군 관
리사업에 참여하고 있는 기관을 대상으로 하였다. 대상자를 찾기 위해
서 각 사례에서 도시보건지소 설립 및 대사증후군 관리사업의 담당을
맡았던 보건소의 직원의 인터뷰를 통해 일차적으로 참여대상자 목록을
작성하였다. 먼저 보건소 담당직원을 포함한 일차 대상자에게 설문조
사를 시행하였고, 설문조사에 포함된 교류(연계)기관이 일차 대상자 목
록 외의 기관일 경우, 추가로 설문을 진행하는 눈덩이표집 방식을 이
용하여 더 이상 새로운 참여자가 나오지 않을 때까지 진행함을 원칙으
로 하였다. 기관의 범주는 공공부문 및 민간부문의 모든 기관이며, 기
관으로 분류되지는 않으나 기관에 준하는 정도의 영향력을 가진 개인
의 경우(예를 들어 구청장), 따로 분리하여 설문하였다.

분석에 포함된 대상은 보건소 담당과를 포함하여, A구 도시보건지소
설립과정에서 8개 기관, B구 도시보건지소 설립과정에서 9개 기관, A
구 대사증후군 관리사업에서 30개 기관(총 62개 기관 중 설문에 거부
한 32개 기관 제외), B구 대사증후군 관리사업에서 32개 기관(총 35개
기관 중 설문에 거부한 3개 기관 제외)이다.

2. 설문지 구성 및 측정 내용

본 연구에서는 자아중심 연결망 자료를 중심으로 선행 정책네트워크
연구에서 사용된 설문지를 참고로 하여 본 연구의 목적과 사례에 맞도
록 제작하였고, 파일럿 스터디와 내부 연구진 회의를 통해 검토한 후
배포하였다.

대사증후군 관리사업의 경우 보건소에서 진행하는 사업에 관련 기관의 연락처를 공개하는 것이 민감한 상황이라는 상호 판단 하에 일부는 연구자가 진행하였으나, 대개는 보건소의 협조를 통하여 조사를 진행하였다.

모든 연구 대상자는 이메일 혹은 방문을 통해 설문지를 전달받아 조사자 기입식 방법으로 응답하였고, 응답지의 내용에서 불분명한 부분은 연구자가 즉석에서 혹은 추후 전화로 재차 확인하였다.

본 연구에서 사용한 질문지 항목은 크게 세 부분으로 구성하였다.

1) 일반적 특성과 인식에 관한 질문

첫 번째 부분은 기관의 일반적 특성과 인식에 대해 묻는 문항으로 구성하였으며, 지역의 건강 관련 정책에서 일반 시민이 미치는 영향력에 대한 인식을 본 연구의 구성에 맞추어 정책의 결정과정과 집행과정으로 나누어 조사하였다. 조직 수준(organizational level)에서 진행되는 연구이기 때문에 응답자 개인의 인적사항은 따로 묻지 않고 기관의 이름과 범주만을 파악하였고, 응답자는 해당 기관의 대표자 혹은, 참여한 정책사례를 잘 알고 있는 실무자의 선에서 구성하였다.

2) 정책네트워크 구조에 관한 질문

두 번째 부분은 본 연구의 중심이 되는 것으로 각 정책사례에서의 네트워크 구조를 알아보기 위한 문항으로 구성하였다. 먼저, 응답자가 속한 기관이 정책사례에 참여하는 데에 가장 큰 영향력을 미친 기관에 대해 묻는 질문을 통해 사례 정책네트워크에서의 영향력인식에 대해 알아보고자 하였다. 그리고 현재 교류하고 있거나 당시 교류하였던 기관을 묻고, 각 교류기관에 대하여 상호관계에서 교류의 흐름(정보 교류, 자원교류, 교류통로), 교류의 강도, 신뢰도, 빈도를 각각 쓰도록 하여 정책네트워크 구조의 요소에 대하여 파악하고자 하였다.

정책네트워크에서 행위자들 간의 상호작용과 관계에 해당하는 변수는 여러 학자들의 견해를 종합하면, 정보흐름, 자원 흐름, 경계침투로 범주화할 수 있다.

첫째로 정보흐름은 정책문제의 해결을 위한 정책이슈에 관한 메시지 흐름으로, 정보란 특정 상황에서 가치가 평가된 자료이며, 문제 해결에 유용한 형태로 처리된 자료를 말한다. 둘째로, 자원흐름은 행위자들 간에 정책이슈를 논의, 해결하기 위한 권력자원이 교환되는 흐름, 예컨대 돈과 인사교류 및 정치적지지, 조직연합 등을 말한다. 셋째로 경계 침투는 정책행위자들 사이에 정책이슈를 논의·조정·해결하기 위해 공통으로 가지는 상호접촉영역통로, 예컨대 위원회, 간담회, 회의, 세미나, 방문, 면담, 공동연구, 비공식적 연계(학연, 지연, 혈연 등)를 포함한다. 조직간 경계 침투는 의사전달, 정보교환, 설득과 교섭, 조정과 타협, 조직정당화, 영향력 행사통로로서 기능하는 수단이 된다(박해육 외, 2007).

도시보건지소 설립과정의 경우 협력관계와 갈등관계를 물었으나 대사증후군 관리사업의 경우 정책집행에서 협력관계를 통해 연결되는 네트워크였기에 관계의 성격은 묻지 않았다.

3) 네트워크 형성과 관련한 질문

본 연구가 주로 이용하려는 네트워크 분석은 해당 정책사례의 네트워크 구조 자체를 보여줌으로써 시민참여의 실태를 확인할 수 있는 장점을 가지고 있는 반면, 그 자체만으로는 네트워크가 어떻게 형성되었으며 향후 시민참여의 가능성을 모색하기에는 부족하기에 이와 관련한 추가 질문을 구성하였다. 먼저, 해당 기관이 정책사례에 참여하게 된 이유와, 각 교류기관과 교류하게 된 이유를 각각 물음으로써, 정책네트워크를 형성하게 된 요인을 알고자 하였고, 각 교류기관과의 교류가 원활하였는지, 그렇지 않았는지를 평가하고 그 이유에 대하여 물었다. 마지막으로, 지금까지 교류하고 있지 않은 기관 중에서 교류를 희망하

는 기관이 있는지를 묻고, 희망하나 지금은 교류하지 못하고 있는 이유에 대해서 물음으로써 가능성 있는 참여 행위자를 파악해 보고자 하였다. 이 추가질문들은 설문지 보다는 심층인터뷰를 통하여 진행한다면 보다 질 높은 응답을 얻을 수 있었을 것이나 연구자의 시간과 자원의 한계로 보건소 담당자와 사전 면담, 설문 응답자 일부 면담에 그쳐 총괄적으로 적용하지 못한 것은 본 연구의 제한점이다.

3. 분석방법과 주요지표

자료 분석은 STATA SE 12 프로그램과 네트워크 분석패키지인 Netminer 4.0 프로그램을 이용하였다. 각 프로그램을 이용한 분석 방법은 다음과 같다.

첫째, 정책사례의 참여기관들의 구성과 대표 응답자를 통한 시민영향력에 대한 인식을 알아보기 위하여 빈도분석과 t-test, wilcoxon rank-sum test를 실시하였다.

둘째, 정책네트워크의 구조적 특징을 알아보기 위하여 Netminer 4.0을 이용하여 네트워크를 시각화하여 살펴보고 주요 지표를 비교하였다.

셋째, 정책네트워크 형성에 대한 시사점을 얻기 위하여 정책과정 참여이유, 타 기관과의 교류 이유와 평가를 정책 결정과정에서는 공공부문과 민간부문으로 나누어 비교하고, 집행과정에서는 보건소와 협력기관 사이의 평가와 신뢰도 비교를 시행하였다. 이를 위하여 빈도분석, 카이제곱검정, 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

본 연구에서 시행한 사회 연결망 분석을 통해 볼 수 있는 주요 지표는 다음과 같다(사이람, 2012).

1) 연결구조

① 사이즈와 밀도 (Size & Density)

네트워크의 사이즈는 네트워크 내의 노드(node)와 링크(link)⁸⁾의 수를 말하며 네트워크 밀도는 전체 노드 간 생성 가능한 링크 수 대비 실제 링크 수를 측정한 것이다. 네트워크의 특징을 파악하기 위한 가장 기본적인 지표이다.

② 연결분포 (Degree distribution)

연결정도(degree)는 한 노드가 연결되어 있는 이웃 노드 수, 즉 링크의 수를 의미하는데, 네트워크에서 각 노드의 특징을 설명할 때 활용하는 가장 기본적인 지표이다. 내향성(in degree)은 한 노드가 다른 노드로부터 지목받는 관계를 의미하며 외향성(out degree)은 한 노드가 다른 노드로 주는 관계를 의미한다. 보통 내향성은 영향력의 정도를 의미하며 외향성은 통제변수나 분모로 쓰이거나, 개인의 사회성, 구조의 팽창성으로 해석된다.

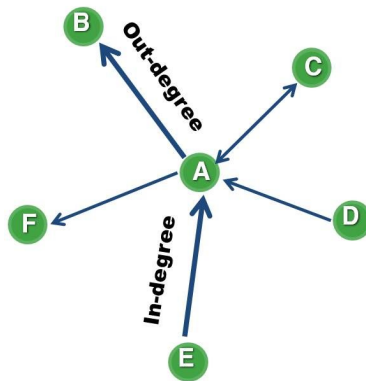


그림 6 내향성과 외향성의 예

③ 중심화 (Centralization)

전체 네트워크의 형태가 어느 정도 중앙(소수)에 집중되었는지를 의미하고, 방사형 네트워크를 가장 중심화된 형태로 볼 수 있다.

8) 네트워크 분석에서 노드는 행위자, 링크는 행위자 간의 관계에 해당한다.

2) 중심구조

중심구조 분석은 어떤 노드가 가장 중요한 노드인지를 찾고, 네트워크 구조가 얼마나 소수의 중요한 노드에게 집중되어 있는지 집중화 정도를 파악할 수 있는 분석이다.

① 연결 중심성 (degree centrality)

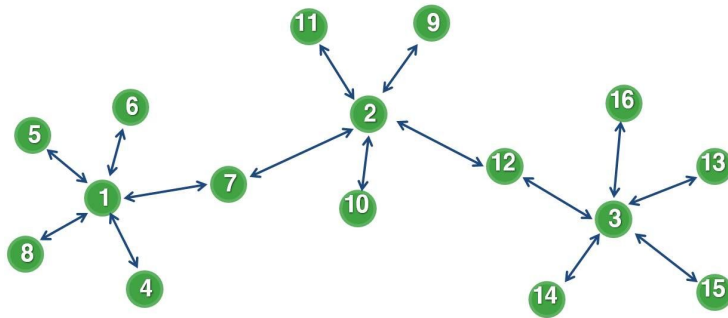
직접 연결된 이웃 노드가 많을수록 연결 중심성이 높아진다. 직접적인 영향력의 크기(권력)를 측정하는 방법이다.

② 근접 중심성 (closeness centrality)

평균적으로 다른 노드들과의 거리가 짧은 노드의 중심성이 높아진다. 근접 중심성이 높은 노드는 확률적으로 가장 빨리 다른 노드에 영향을 주고받을 수 있으므로, 영향의 즉효성(immediacy)을 측정하는 지표이다.

③ 사이 중심성 (betweenness centrality)

다른 노드 간의 최단 경로에 많이 포함된 노드(가장 많이 거쳐가게 되는 노드)가 매개 중심성이 높다. 이는 정보 흐름에 대한 통제력을 가지고 있다고 할 수 있으며, 이 노드를 제거할 경우 네트워크 전체 연결과 흐름에 큰 영향을 미치게 된다. 즉, 정보 및 영향력의 ‘전달 과정’에서 발생하는 영향력의 측정지표이다.



지 표	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
연결중심성	5	5	5	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
인접중심성	43	33	43	57	57	57	37	57	47	47	47	37	57	57	57	57
사이중심성	50	75	50	0	0	0	50	0	0	0	0	50	0	0	0	0

그림 7 중심성 개념의 설명 예 (김용학, 2003)

제 4 장 분석 결과

제 1 절 정책결정과정 - 도시보건지소 설립과정

1. 일반적 특성과 인식 분석

1) A구

A구 도시보건지소 설립결정과정에서 참여자로 파악된 기관 8개중 설문에 응한 7개를 대상으로 분석하였고, 그 중에 71.4%에 해당하는 5개

기관이 공공기관, 28.6%인 2개는 민간단체였다. 공공부문으로는 보건지소 설립과정 전반을 담당한 보건소의 담당과(이하 보건소)와 구청에 속한 가정복지과, 구청장, 그리고 주민자치센터와 소속된 하부 부서인 주민자치프로그램 담당부서가 해당하고 민간부문은 주민자치위원회와 직능단체인 의사회였다.

먼저, 실제 정책 결정 참여자들이 가지고 있는 보건의료 정책 과정에서 일반 시민들의 영향력에 대한 인식을 알아보기 위해 결정과정과 집행과정 각각에 대한 영향력을 10점 만점으로 물었다. 5점을 기준으로 그 이상은 ‘크다’, 미만은 ‘작다’고 할 때, 일반 시민의 영향력이 크다고 답한 경우는 정책 결정과정과 정책 집행과정 모두 66.7%였으며 작다고 답한 경우는 33.3%였다. 공공부문과 민간부문의 차이를 보면, 정책 결정과정에서의 영향력의 경우는 공공부문에서 75%, 민간부문에서 50%였으며, 집행과정에서 영향력의 경우 공공부문에서 모두 크다고 하였고, 민간부문에서는 모두 작다고 답하였다. 전반적으로 공공부문에서 영향력이 크다고 답하는 경우가 더 많아 보였지만 두 그룹 사이의 평균 차이가 있는지를 보기 위해 비모수 방법인 wilcoxon rank-sum test를 시행했을 때에 그 차이는 유의하지 않은 것으로 나타났다.

2) B구

B구 도시보건지소 설립결정과정에서 참여자로 파악된 기관 9개중 설문에 응한 곳은 총 6개로, 그 중에 66.7%에 해당하는 4개 기관이 공공기관, 33.3%인 2개는 비영리법인인 민간부문이었다. 공공부문으로는 보건지소 설립과정 전반을 담당한 보건소의 담당과(이하 보건소)와 구청에서 보훈단체를 담당하는 부서(A), 구청장, 구의회였으며 민간부문은 주민자치위원회와 직능단체인 의사회였다.

먼저, 실제 정책 결정 참여자들이 가지고 있는 보건의료 정책 과정에서 일반 시민들의 영향력에 대한 인식을 알아보기 위해 결정과정과 집행과정 각각에 대한 영향력을 10점 만점으로 물었다. A구와 마찬가지로 5

점을 기준으로 5점 이상은 크다, 5점 미만은 작다고 할 때, 일반 시민의 영향력이 크다고 답한 경우는 전체 참여자 중에서 정책 결정과정과 정책 집행과정 모두 66.7%였으며 작다고 답한 경우는 33.3%였다. 정책 결정 과정의 영향력이 크다는 응답은 공공부문에서 50%, 민간부문에서는 모두 크다고 답하였다. 집행과정에서의 영향력의 경우, 공공부문에서 50%가 크다고 답하였고, 민간부문에서는 모두 크다고 답하였다. B구는 민간부문의 응답이 대체로 크다는 측에 속하였으나, 두 그룹 사이의 평균 차이가 있는지를 보기 위해 wilcoxon rank-sum test를 시행했을 때에는 그 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다.

2. 정책네트워크의 구조적 특성

1) A구

먼저, A구 도시보건지소 설립결정과정에 관여하였던 8개의 기관 간의 관계를 도식화하면 <그림8>과 같다. 이 그림에서 공공부문은 원형 노드로, 민간부문은 세모꼴 노드로 표시하였으며 화살표는 관계의 강도에 따라 굵어지는 방향으로 제시하였다. 같은 상호관계 안에서 서로가 각기 다른 강도를 제시한 경우 화살표의 굵기 역시 다르고, 협력관계는 끝이 뾰족한 화살표, 갈등관계는 네모, 기타 관계는 둥글게 표현하였다.

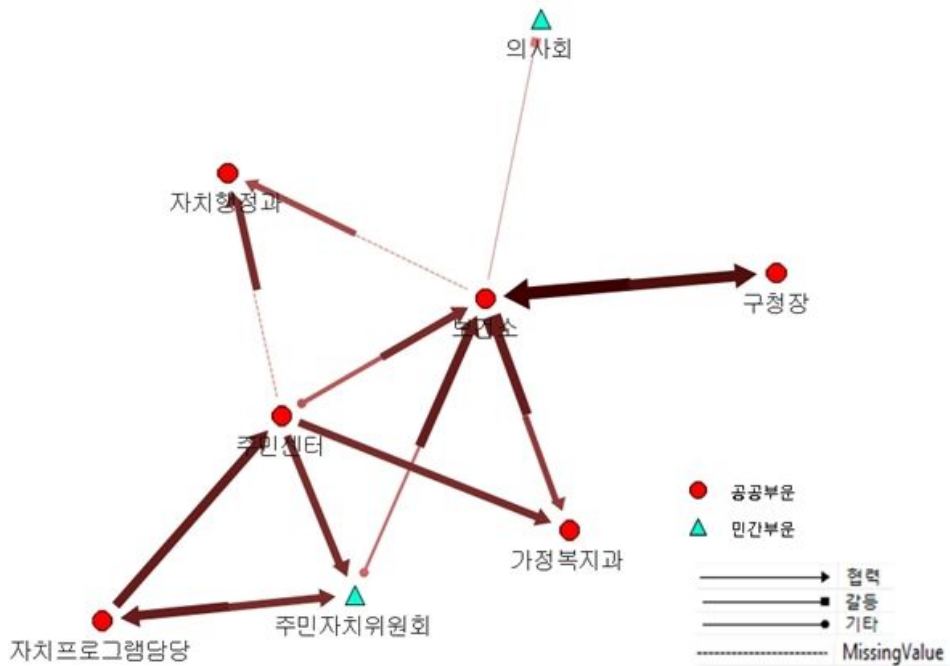


그림 8 A구 도시보건지소 설립결정과정의 정책네트워크

A구의 도시보건지소 설립결정과정에 관한 계획서, 회의록과 같은 문헌자료와 설문조사, 조사를 하며 대면, 전화로 얻은 정보를 종합하면 진행상황의 개요는 다음과 같다. A구의 지리적 특성상 구의 한 측에서는 보건소를 이용하기가 불편하다는 주민들의 불편사항이 있었고, 구청장의 보건복지분야 ‘권역별 보건분소 설치’ 공약사항의 추진 일환으로 기존의 보건분소를 개·보수 하는 형식으로 보건소 담당과를 중심으로 도시보건지소 설립 추진이 시작되었다. 도시보건지소의 설립 장소는 기존의 보건분소 자리로, 4층 건물 중에서 3층만 운영하고 있던 것을 건물 전체로 확장하고자 계획하였다. 그 과정에서 1, 2, 4층에서 진행하고 있던 청소년 문화센터와 주민자치프로그램의 장소 이전이 문제가 되었다. 이에 프로그램을 이용하던 주민들과 이를 담당하던 주민센터, 구청의 담당과에서 장소 이전과 관련한 협의 과정을 거치게 되었고 청소년 문화센터는 이전을, 주민자치프로그램은 보건지소 프로그램과 시간을 협의하여 기존

에 사용하던 4층을 시간대 별로 나누어서 활용하는 방향으로 협의가 진행되었다. 당시 주민자치프로그램은 탁구, 국선도, 댄스 등이 이루어지고 있었는데, 당시 탁구 동호회의 회장(주민자치위원 겸임)이 주민들의 의견을 대표하여 주민센터, 보건소 담당자에 주민의 요구를 강력하게 주장하였고 이것이 수용된 결과로 나타났다. 모식도에서 보듯이, 주민자치위원회와 주민센터, 자치프로그램 담당부서는 협력관계를 유지하며 긴밀한 연결을 유지하며 보건소와 초반 의견충돌을 일으켰으나 큰 갈등상황으로 분출되지 않고 내부적으로 협의가 이루어진 것으로 보인다.

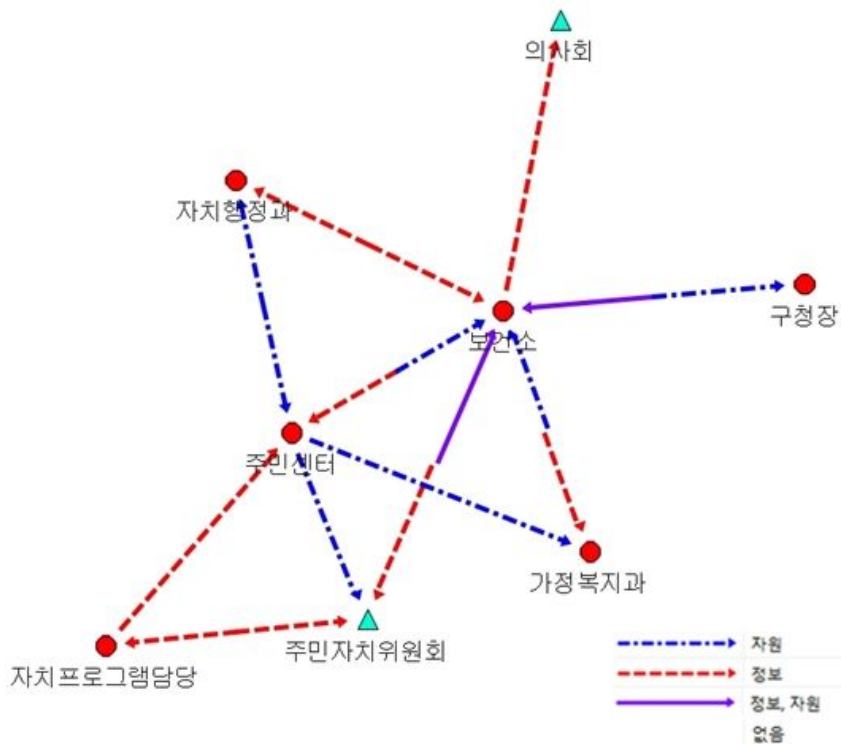


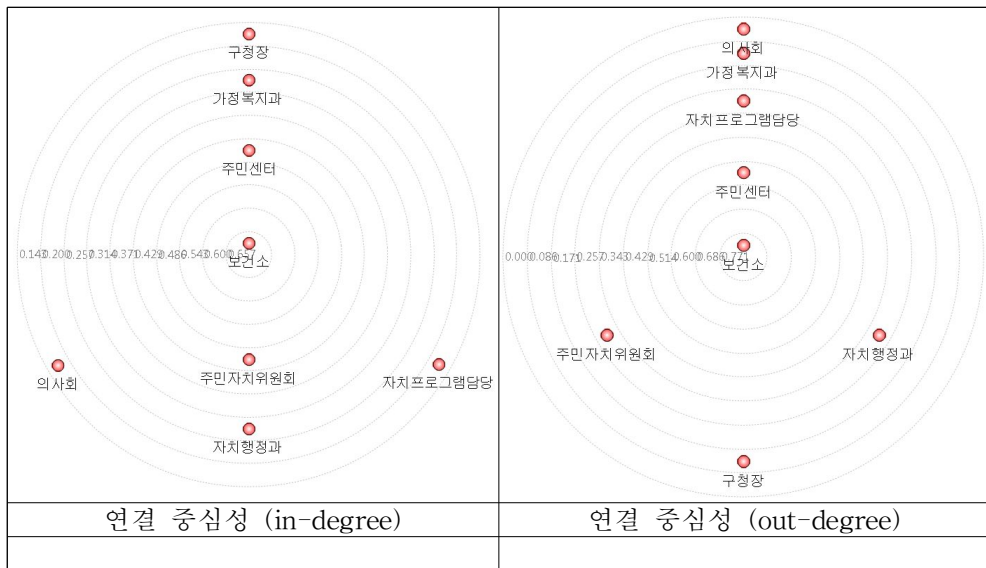
그림 9 A구 도시보건지소 설립결정과정의 교류관계 모식도

서로 교류한 관계의 내용을 정보 교류와 자원 교류로 나누어 도식화한 <그림 9>에서 점선은 정보의 교류를, 1점 쇄선은 자원의 교류를 나타내며, 둘 모두 있는 경우 실선으로 나타냈다. 이 모식도를 보면 보건소

에서는 주로 정보를 제공하며 정책적 지지를 받는 관계를 가지며, 주민 센터는 주민과 관련 과들 사이에서 정책적 지지를 제공하면서 중재를 하고 있음을 알 수 있다.

조직 간 연계의 정도를 파악하기 위해서, 네트워크 내에서 가능한 연결에 대한 실제적 연결의 관계인 밀도(density)를 살펴보면, 이 사례의 경우 56개의 가능한 연결 중에서 실제적인 연결은 18개로 그 비율은 32.1%인 것으로 나타났다.

참여자 개별의 중요도를 나타내는 중심성(centrality) 세 가지를 각각 살펴보면 다음과 같다. 동심원으로 표현되는 <그림 10>에서 중심에 있는 참여자일수록 ‘각 방향성’에 따라 중심성이 높다는 의미이며, 보다 구체적인 중심성 수치는 <표 4>에 제시하였다.



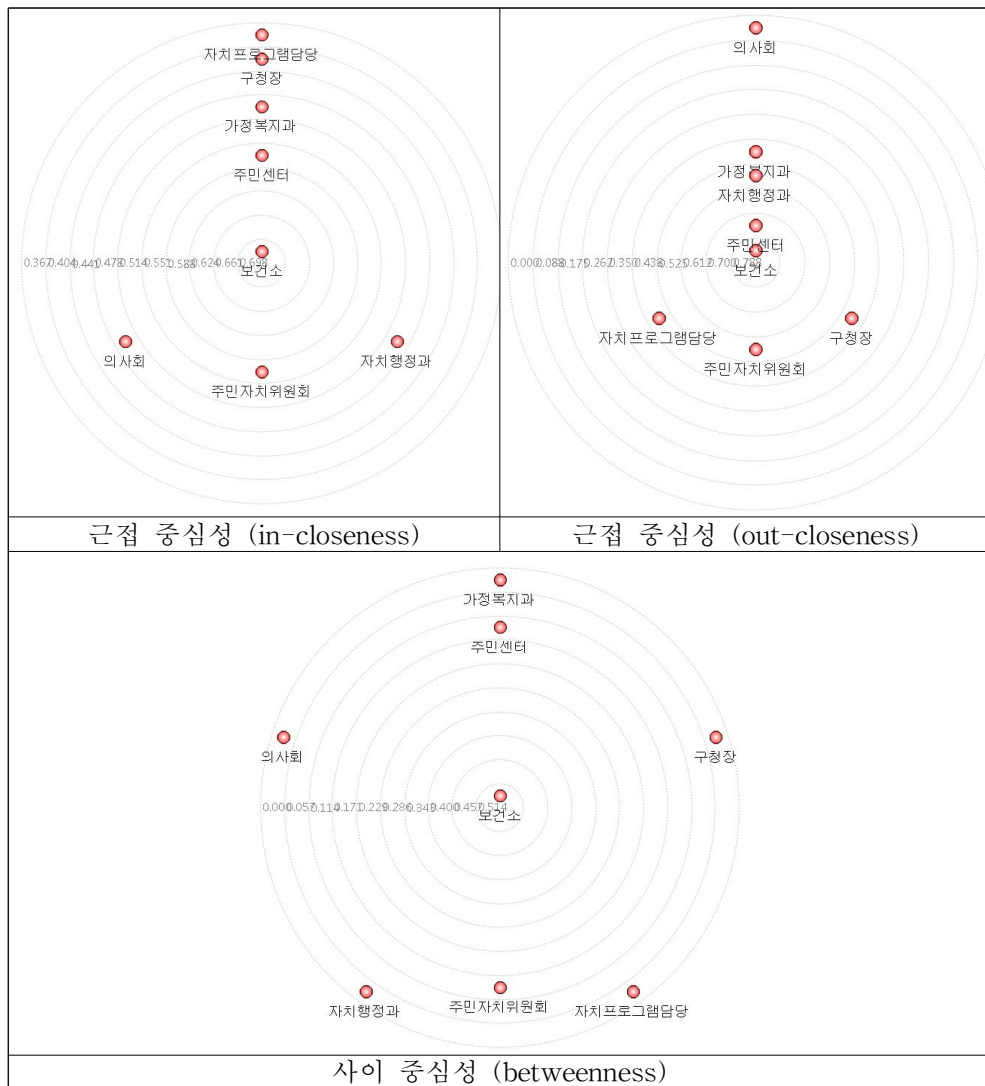


그림 10 A구 도시보건지소 설립결정과정의 노드 중심성 (centrality)

표 4 A구 도시보건지소 설립결정과정의 중심성 값

구 분	연결 중심성 (degree centrality)		근접 중심성 (closeness centrality)		사이 중심성 (betweenness centrality)
	내향중심성 (in)	외향중심성 (out)	내향중심성 (in)	외향중심성 (out)	
평 균	0.321	0.321	0.525	0.525	0.107
표준편차	0.186	0.255	0.102	0.233	0.185
최소값	0.143	0	0.367	0	0
최대값	0.714	0.857	0.735	0.875	0.571

개별 참여자를 살펴보면 연결중심성(degree centrality)은 내·외향적으로 ‘보건소’가 가장 높게 나타났다. 근접중심성(closeness centrality) 역시 내·외향적으로 ‘보건소’가 가장 높게 나타났으며, 사이중심성(betweenness centrality)도 마찬가지였다.

공공과 민간부문의 참여자로 구분하여 중심성 사이에는 어느 것도 유의한 차이를 보이지는 않았다.

참여자 개별이 아닌 전체 네트워크에서 하나의 중심으로 집중되는 정도를 표시하는 중심화(centralization)의 경우, 연결정도, 근접, 사이 중심화를 각각 내향과 외향으로 나누어 살펴보면 제시되는 <표 5>와 같다.

표 5 A구 도시보건지소 설립결정과정의 중심화 값

구 분	연결 중심화 (degree centralization)		근접 중심화 (closeness centralization)		사이 중심화 (betweenness centralization)
	내향중심화 (in)	외향중심화 (out)	내향중심화 (in)	외향중심화 (out)	
A구 도시보건지소 설립결정과정	52.4%	71.4%	51.9%	59.7%	53.1%

중심성과 중심화 수치를 볼 때, 전반적으로 내향과 외향 모두 보건소

가 중심성에서 높은 위치를 차지하고 있어 영향력이 가장 큰 것으로 보이고 특히 외향성인 정보나 자원을 제공하는 측면에서, 즉, 정책 결정과정을 꾸려나가는 측면에서 보건소가 가장 적극적이고 중요한 역할을 하고 있다고 볼 수 있다.

2) B구

B구의 도시보건지소 설립결정과정에 관여하였던 9개의 기관 간의 관계를 도식화하면 <그림 11>과 같다.

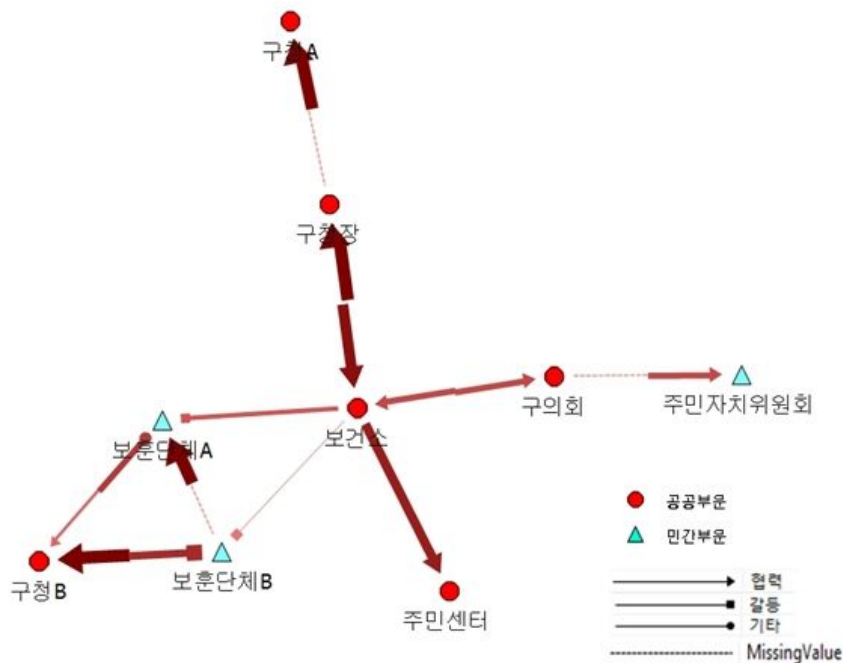


그림 11 B구 도시보건지소 설립결정과정의 정책네트워크

B구의 도시보건지소 설립과정에 관련한 보고서나 회의록, 그리고 설문조사를 하면서 응답자에게 얻은 정보를 종합하면, B구에서 도시보건지소 설립결정과정의 출발점이자 가장 결정적인 역할을 한 것은 구청장이며 구청장은 구청의 여러 부서로부터 예산, 부지매입, 건설, 인력과 같은 부분에서 정보를 요청하고 보건소장과 보건소 담당과에 일을 위임하였

다. 구청과 보건소는 B구라는 지방자치단체장 아래 속한 하부기관으로 구청장의 의지와 지시를 그대로 수용하여 움직인다고 볼 수 있으며 상호 간에 그렇게 인식하고 있었다. 보건소는 구의회 요구에 의해 의회에 자주 출석하며 도시보건지소 설립과 관련한 필요성을 설명하고 과정을 보고하며 밀접한 관계를 가지고 있었다. 구의회는 주민자치위원회를 포함하여 회의나 간담회를 진행하였다고 응답했다. 보건소는 도시보건지소가 설립될 해당 동의 주민센터에 정보를 전달하고 부지를 선정하는 과정에서 이미 그 자리에 위치해 있던 두 개의 보훈단체와 갈등을 겪으며 구청의 담당과와 함께 협의를 거쳐 부지 선정과정을 진행시켰으며 이로 인하여 설립 자체가 지연을 겪었다. 구청장이 도시보건지소 설립의 의지를 갖게 된 것은 연초 주민간담회와 동정보고회 등에서 해당 지역의 주민들이 특히 독감예방접종과 같은 보건소 서비스 이용에 불편을 겪고 있으며 기존의 보건소가 오래되고 좁다는 불편사항을 수용하면서였으나, 이 모식도에는 특별히 조직이나 단체로 구성되지 않았기 때문에 표현되지는 않았다.

교류내용을 통한 정보교류관계나 자원교류관계 그림은 <그림 12>에 나타내었다.

정보의 교류는 점선, 자원의 교류는 1점 쇄선이며 정보와 자원 모두 교류한 경우는 실선으로 나타냈다. A구에서처럼 보건소에서 자원도 제공했지만 주로 정보를 다른 행위자에 제공하고 있고 구청장은 정책적 지지를 소속 하부기관인 보건소와 구청에 제공하고 있으며 구의회는 정보를 교류하는 기관으로 작동하고 있다. 구청 보훈단체 담당과와 두 보훈단체는 정보와 자원을 통해 갈등관계에서의 협의점을 찾아내기 위해 상호교류 하였음을 볼 수 있다.

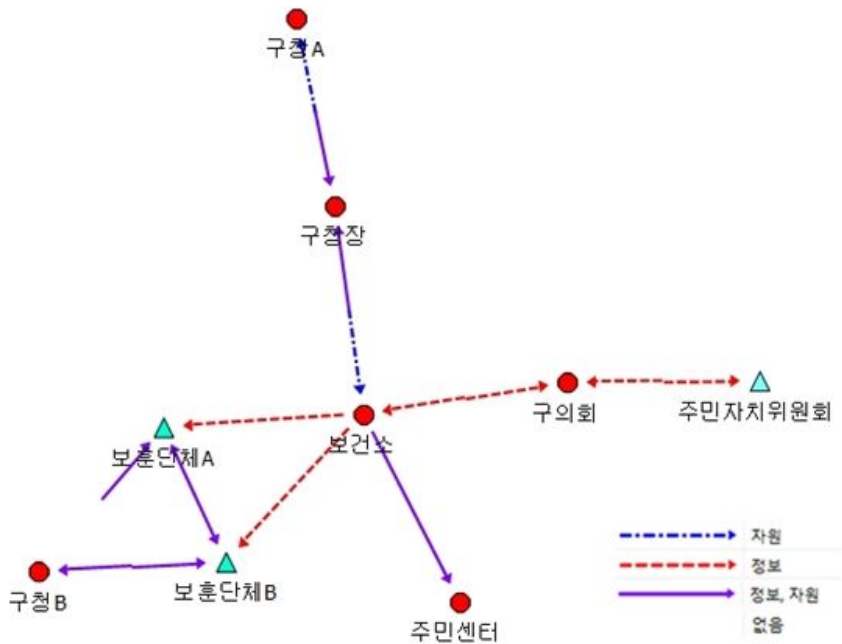


그림 12 B구 도시보건지소 설립결정과정의 교류관계 모식도

조직 간 연계의 정도인 밀도를 살펴보면, 이 사례의 경우 72개의 가능한 연결 중에서 실제적인 연결은 17개로 그 비율은 23.6%인 것으로 나타났다. A구에 비하면 네트워크의 크기는 비교적 크지만 연결 정도인 밀도는 낮은 것으로 나타났으며, 상호 수평적 관계보다는 위계적이고, 부서별로 정보와 자원이 흘러가는 양상과 맥락이 비슷하다고 평가해볼 수 있다.

참여자 개별의 중요도를 나타내는 중심성 세 가지를 각각 살펴보면 다음과 같다. 동심원으로 표현되는 <그림 13>에서 중심에 있는 참여자 일수록 ‘각 방향성’에 따라 중심성이 높다는 의미이며, 보다 구체적인 중심성 수치는 <표 6>에 제시하였다.

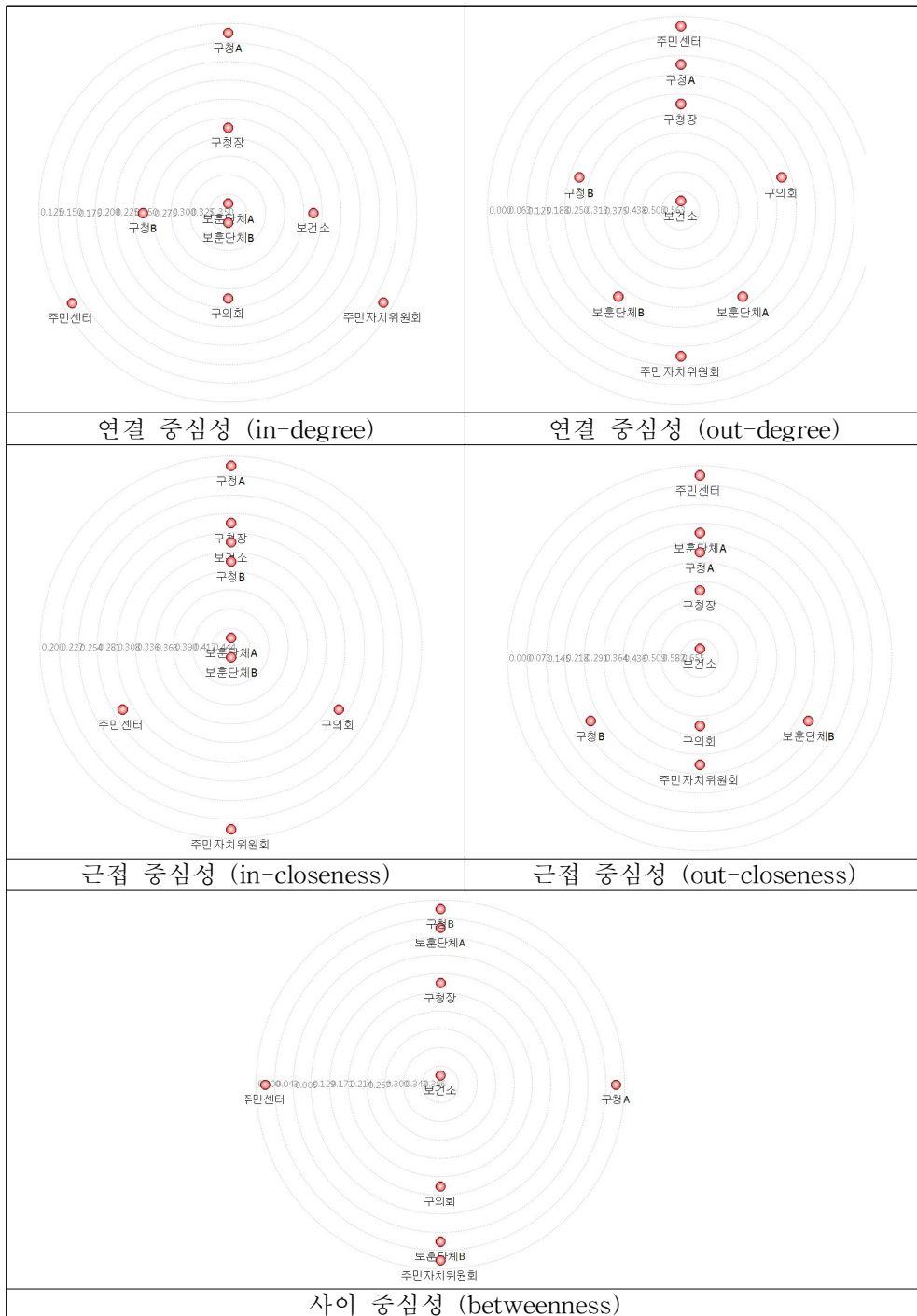


그림 13 B구 도시보건지소 설립결정과정의 노드 중심성

개별 참여자를 살펴보면 연결 중심성은 내향적으로는 두 ‘보훈단체’가, 외향적으로는 ‘보건소’가 가장 높게 나타났다. 근접 중심성 역시 내향적으로는 두 ‘보훈단체’들이 비슷하게 가장 높은 수치를 보였고, 외향적으로는 ‘보건소’가 가장 높게 나타났으며, 사이 중심성은 ‘보건소’가 가장 높게 나타났다. 세 종류의 중심성 모두 외향적 중심성 수치는 모두 ‘보건소’가 가장 높은 중심성을 나타내서 이는 A구와 비슷한 모습이었다. 그러나 내향적 중심성에서 두 보훈단체가 높은 수치를 보인 것은 전체 네트워크에서 가장 강한 권력을 나타내는 것으로 해석하기 보다는 상대적으로 적은 수의 노드를 가진 네트워크 안에서 보훈단체를 둘러싼 노드들 간의 밀도가 높기 때문이라고 보이며, 적어도 부지선정을 둘러싼 일련의 소규모 네트워크 안에서는 상대적으로 권력관계의 우위를 점하고 있음을 예측해볼 수 있다.

표 6 B구 도시보건지소 설립결정과정의 중심성 값

구 분	연결 중심성 (degree centrality)		근접 중심성 (closeness centrality)		사이 중심성 (betweenness centrality)
	내향중심성 (in)	외향중심성 (out)	내향중심성 (in)	외향중심성 (out)	
평 균	0.236	0.236	0.319	0.353	0.097
표준편차	0.092	0.161	0.094	0.194	0.163
최소값	0.125	0	0.2	0	0
최대값	0.375	0.625	0.471	0.727	0.429

B구의 도시보건지소 설립결정과정 정책네트워크는 A구에 비하여 상대적으로 내향중심화는 낮은 편이고, 외향 중심화는 연결중심화에서 상대적으로 낮고 근접 중심화에서 상대적으로 높다. A 보건소에 강하게 집중된 연결성을 보이는 것에 비해 B구에서는 보다 구청장-구청-보건소로 이어지는 위계적 관계와 보훈단체를 둘러싼 연결망 때문에 중심화의 경향이 희석된 것으로 보이며 그림에도 가장 높은 수치를 보이는 외향 근접중심화는 여전히 도시보건지소 설립결정과정에서 보건소가 높은

영향력을 미치고 있음을 알 수 있다.

표 7 B구 도시보건지소 설립결정과정의 중심화 값

구 분	연결 중심화 (degree centralization)		근접 중심화 (closeness centralization)		사이 중심화 (betweenness centralization)
	내향중심화 (in)	외향중심화 (out)	내향중심화 (in)	외향중심화 (out)	
B구 도시보건지소 설립결정과정	17.9%	50%	36.7%	70.9%	37.3%

3. 네트워크 형성 분석

1) A구

정책네트워크의 형성은 행위자들이 각자의 자원을 가지고 목적하는 바를 이루기 위하여 참여함으로써 일어나고 여러 행위자들 사이에서 각자의 특성에 따라 각종 공식적, 비공식적 정보, 자원 등을 교류함으로써 형성된다. 이론적 배경에서 이미 설명한 바와 같이 정책네트워크는 시간에 따라 변하는 동태성을 가지고 있기도 하고, 정책이나 참여자 특성, 혹은 사회적 배경에 따라 느슨하거나 강력한 구조를 갖기도 한다. 정책과정에서 민간 부문의 참여, 보다 넓게 말하면 시민참여가 보다 활발하게 이루어지기 위해서는 역시 다양한 요인들이 작용할 것이지만 이에 대한 연구는 물론 실태조차 잘 파악되지 않은 상황이기에, 본 연구에서는 제한적이거나 몇 가지 질문을 통하여 시사점 도출에 접근해보고자 하였다.

① 정책사례 참여 이유

설문지를 통해 해당 기관이 도시보건지소 설립과정에 참여하게 된 가장 큰 이유를 질문하였을 때, 응답은 ‘지역사회 구성원으로서 공공적 의

무라고 생각했기 때문에’가 50%, ‘내 지역이나 기관의 건강증진에 도움이 될 것이라고 생각해서’가 33.3%, ‘기관 내부의 자발적 필요보다는 공식적·비공식적 요청에 따라’ 참여했다는 직접적인 응답은 없었으나, 기타 의견에서 ‘구청장의 공약이었기 때문에’라는 응답이 16.7%로, 이는 구청장의 의지에 따른 요청을 받아들였다는 의미로 해석할 수 있다. 따라서, 정책 참여 이유가 기관 내부의 자발적 필요보다는 공식적·비공식적 요청에 따라 참여했다는 응답은 참여의 수준에서 ‘소극적 참여’에 해당한다고 볼 수 있는데 이 사례에서는 소극적 참여는 가장 낮은 순위를 차지하고 있다.

② 타 기관과 교류 이유 및 평가

상대 기관과 교류하게 된 이유를 묻는 질문에는 15개의 링크 중 ‘필요에 따라 적합하다 생각되어서’가 75%로 가장 많았고, ‘다른 업무로 이미 교류를 하던 곳이었어서’가 12.5%를 차지하였다. 그 외에 ‘기타’로 하부기관이어서 실무를 위한 관계가 12.5%였다. 조직의 목적에 따라 연계와 상호관계가 이루어져 네트워크를 구성하게 된다는 설명에 부합하는 것으로 보이며, ‘담당자와 개인적으로 친분이 있어서’라는 비공식적 루트의 관계형성은 응답한 기관이 없어 매우 공식적인 관계를 중심으로 이루어진 네트워크임을 알 수 있다.

타 기관과의 교류가 잘 이루어졌다는 응답은 81.3%였으며, 잘 이루어지지 않았다고 평가한 나머지 18.8%는 주로 부지 선정과 진료행위 여부 등으로 갈등을 겪었던 부분에서의 관계는 불화로 인해 잘 이루어지지 않았다고 응답한 경우였다. 교류가 잘 이루어진 경우에는 그 이유로 ‘이익관계가 잘 맞아서’가 31.3%, ‘관심이 많아서’가 18.8%, ‘서로 협조가 잘 되어서’가 50%였다. 상호간의 교류 평가 응답이 다른 경우가 있었는데, 아래 <그림 14>를 보면 교류가 잘 이루어지지 않았다가 점선으로, 잘 이루어진 것은 실선으로 표현하였을 때, 둘 사이의 평가가 일치하지 않는 교류관계는 보건소와 주민센터, 보건소와 주민자치위원회 사이의 관계였다.

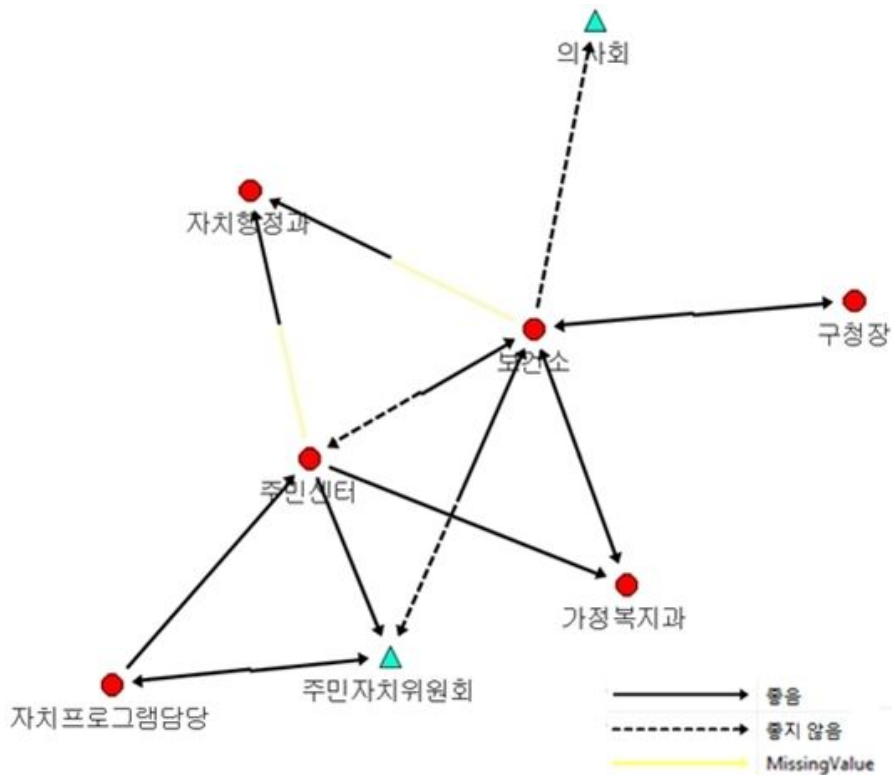


그림 14 A구 도시보건지소 설립결정과정의 교류평가

③ 참여하는 데에 가장 큰 영향을 미친 기관

도시보건지소 설립과정의 여러 공공, 민간의 참여자들 중에서 해당 기관이 참여하게 된 데에 가장 큰 영향을 미친 기관을 묻는 질문에는 보건소에서는 구청장을, 구청장은 보건소라고 답하였다. 주민센터는 구청을, 주민센터의 자치프로그램 담당부서는 주민센터를 지목하였고, 가정복지과는 보건소를, 주민자치위원회는 스스로의 조직이라고 응답하였다. 대개 공공기관인 구청과 주민센터는 상부기관이 가장 큰 영향을 미친 기관이라고 답하는 경향을 보여 위계적 조직으로서의 특징을 잘 보여주며, 주민자치위원회는 스스로의 조직, 즉 주민의 요구에 따라 참여하게 되었다는 것으로, 스스로를 주민의 대표조직이라고 인식하고 있다고 여겨진다.

④ 가능성 있는 참여기관에 대한 인식

도시보건지소 설립 결정과정 당시에는 교류하지 않았으나, 교류를 했으면 좋았을 것이라고 생각하는 기관에 대한 질문에서 의사회와 해당 동의 주민단체를 결정과정에서 미리 교류하였으면 좋았을 것이라는 응답이 나왔다. 구청장의 응답에서, 보건복지부 관계자와의 교류에 대한 아쉬움이 있었는데, 인력 보충이 잘 이루어지지 않은 이유에서였다. 의사회의 경우는 보건소에서는 당시에 전화통화로 보건지소의 진료행위를 반대하였으며, 이를 설득하고 보건지소의 프로그램을 조정하는 차원에서 교류가 이루어졌고 답하였다. 그러나 의사회의 입장은, 도시보건지소 설립결정과정에는 참여하지 않았다는 입장을 보였는데, 사전 논의 없이 이미 모든 것이 결정된 이후에 도시보건지소의 설립여부를 알게 되었기 때문이라고 하였다. 이후 도시보건지소 설립이 진행되고 주민들을 대상으로 한 설명회 겸 워크숍을 열었을 때, 의사회에서도 참석하여 주로 도시보건지소가 진료 외의 다른 기능과 범위에 대한 폭넓은 홍보를 하고 예방중심의 사업을 적극 추진하기를 권고하였고, 주민들도 도시보건지소의 그런 역할을 잘 이해하고 이용하기를 당부한 바 있다. 동 주민단체의 경우, A구의 도시보건지소가 위치하기로 예정된 건물은 당시 보건분소로 쓰이던 4층짜리 건물을 확장 이용하는 것이었고, 이미 그 건물을 주민자치프로그램 등의 장소로 사용하고 있던 주민들과 관련 부서의 반발이 있었기 때문이었다. 이에 주민자치프로그램 담당자는 추후 프로그램 이용 주민들의 반발을 관련부서 및 주민자치센터와 연결하여 조정하는 자리를 마련해야 했고, 사전에 미리 함께 논의가 되었으면 더 좋았을 것이라는 의견을 표하였다.

의사회와 주민단체 모두 이미 기본적인 도시보건지소 설립 결정과 장소 선정이 다른 현실적 이유로부터 이루어지고난 후에 갈등상황을 겪게 된 연유에서 응답으로 제시되었다는 점에서, 지역의 보건의료정책 결정과정은 담당 공공기관의 부서에서 위계적 흐름을 따라 주로 진행되며 그 과정에서 미리 다양한 이해관계자 간의 논의나 설명, 공유과정이 없어 갈등이 발생한 이후에 수습하는 방식으로 이루어졌음을 알 수 있다. 그

러나 협력평가 응답에서 나타난 바로는 보건소가 주민센터나 주민자치위원회, 의사회에 대해서는 교류가 잘 이루어지지 않았다고 평가하였고, 오히려 주민센터와 주민자치위원회에서 보건소에 대해서는 교류가 잘 이루어졌다고 평가하여 차이를 보였으며, ‘협력’과 ‘갈등’관계를 묻는 교류 관계에서도 교류평가와 비슷한 양상을 보였다. 가정복지과에서 보건소에 대한 교류 관계를 응답하였을 때 그 성격은 갈등관계였지만 교류는 잘 이루어졌다는 평가를 내리고 있었다.

2) B구

① 정책사례 참여 이유

도시보건지소 설립과정에 참여하게 된 가장 큰 이유를 질문하였을 때, 응답은 ‘공식적·비공식적 요청에 따라’ 참여했다는 응답이 16.7%, ‘지역사회 구성원으로서 공공적 의무라고 생각했기 때문에’가 66.7%로 가장 많았고, ‘내 지역이나 기관의 건강증진에 도움이 될 것이라고 생각해서’가 16.7%를 차지하였다. 참여의 수준에서 ‘소극적 참여’에 해당한다고 해석하는 요청에 따른 참여는 A구와 비슷한 정도를 차지하였으나 공공적 의무라는 생각으로 참여한 경우가 A구에 비해 상대적으로 높은 비율을 차지하고 있다는 것이 특징적이다.

② 타 기관과 교류 이유 및 평가

상대 기관과 교류하게 된 이유를 묻는 질문에는 14개의 링크 중 ‘다른 업무로 이미 교류를 하던 곳이어서’가 42.9%로 가장 많았고, ‘필요에 따라 적합하다고 생각해서’가 35.7%로 그 다음으로 많았다. 그 외에 기타 이유로는 하부기관이기 때문에, 공식적으로 협조(의 의무가 있는)관계이기 때문인가 21.4%를 차지했다. B구 역시 A구에서처럼 ‘담당자와 개인적으로 친분이 있어서’라는 비공식적 루트의 관계 형성은 응답한 기관이 없었다. 그러나 앞서 정책네트워크 자체에 참여한 이유에서 공공적 의무라는 답이 대부분을 차지한 것과 비슷한 맥락에서, 각 기관 사이의 교류

이유 역시 업무상 교류관계이거나 공적 업무로 (당연히)협조하는 관계라는 대답이 필요에 따라 적합하다는 응답보다 상대적으로 높은 비율을 차지하고 있다는 것을 볼 수 있다.

타 기관과의 교류가 잘 이루어졌다는 응답은 85.7% 였으며, 잘 이루어지지 않았다고 평가한 나머지 14.3%는 A구에서처럼 부지 선정 과정에서 해당 단체의 사무소를 이전하는 문제와 관련하여 갈등을 겪은 부분에서 응답한 것이었다. 교류가 잘 이루어진 경우에는 그 이유로 ‘이익관계가 잘 맞아서’가 8.3%, ‘관심이 많아서’가 41.7%, ‘서로 협조가 잘 되어서’가 41.7%, ‘여건이 잘 형성되어서’가 8.3%였다. 교류가 잘 이루어지지 않았다고 평가한 이유로는 모두 ‘이익관계가 잘 맞지 않아서’였다. 상호간의 교류 평가 응답이 다른 경우가 있었는데, <그림 15>를 보면 교류가 잘 이루어지지 않았다가 점선으로, 잘 이루어진 것은 실선으로 표현하였을 때, 구청의 보훈단체 담당과와 보훈단체B 사이에서 평가가 엇갈리고 있다.

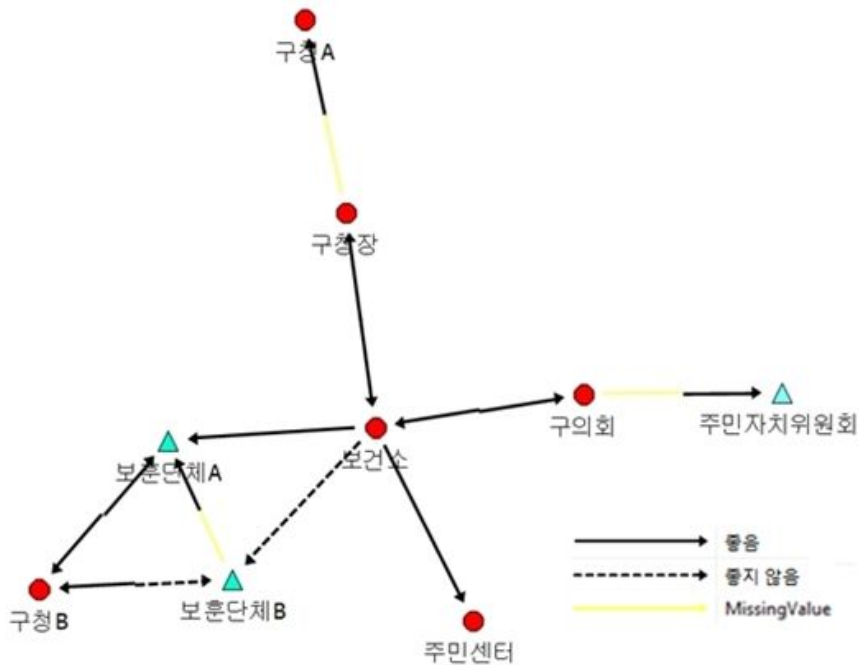


그림 15 B구 도시보건지소 설립결정과정의 교류평가

③ 참여하는 데에 가장 큰 영향을 미친 기관

도시보건지소 설립과정의 여러 공공, 민간의 참여자들 중에서 해당 기관이 참여하게 된 데에 가장 큰 영향을 미친 기관을 묻는 질문에는 구청장은 보건복지부, 보건소에서는 보건복지부와 서울시라고 응답하여 중앙부서의 영향을 많이 받고 있다고 하였고, 구의회, 보훈단체, 구청의 보훈단체 담당부서에서는 구청이라고 답하였다. 응답률이 적기 때문에 이 결과만 가지고 평가하기는 어렵지만 보건소라는 응답이 없다는 것이 특징적이었다. 보훈단체는 특히 이 과정에서 보건소에 대해서는 교류기관으로 응답하지 않았으며, 도시보건지소 설립결정과정에서 시기를 지연시킬 만큼의 영향력을 미치기는 하였으나, 그 과정에서 도시보건지소의 의미나 특성은 전혀 고려의 대상이 아니었고 단지 사무소의 이전과 관련한 구청의 행정부문과의 협상, 교류가 주요 관심사였음을 알 수 있다.

④ 가능성 있는 참여기관에 대한 인식

도시보건지소 설립 결정과정 당시에는 교류하지 않았으나, 교류를 했으면 좋았을 것이라고 생각하는 기관에 대한 질문에서는 구의회에서 의사회라고 응답하였다. 처음부터 이해관계 때문에 교류를 하지 않았으며 ‘이해관계가 있더라도 건강도시의 구현을 위해서는 설득과 참여를 유도하고 서로 상생하는 길을 모색해야 했다’는 설명을 붙였다. 의사회에 따로 도시보건지소 설립결정과정에 대해 물었을 때 결정과정에서는 참여하지 않았고 모든 것이 다 결정된 이후에 알게 되었으며, 이후 면담 등을 통하여 진료 기능이 없다는 것과 예방, 교육에 집중한다는 약속을 받았으며 현재는 이와 관련하여 협조가 잘 되고 있기에 갈등은 없다고 응답하였다. 그러나 역시 결정단계에서부터 목적을 분명히 하고 협조를 하는 것이 필요하다고 덧붙였다.

그리고 보건소에서는 주민센터를 교류기관으로 응답하였으나 주민센터에서는 결정과정에서 교류한 적이 없고, 다 결정된 이후에 홍보 내용을 전달받았으며, 동 내 주민과 관련 단체 등에 정보를 전달하는 역할만을 수행했다는 다른 응답을 하기도 하였다.

제 2 절 정책집행과정 - 대사증후군 관리사업

1. 일반적 특성과 인식 분석

1) A구

A구 대사증후군 관리사업에서 보건소 사업 담당자를 통하여 파악된 연계 기관은 그 성격이 대부분 찾아가는 검진을 통해 맺은 교류기관들이 대부분이었으며 그 외에는 실무적, 학술적 교류를 위한 대학 한 곳과 검진결과를 통해 사후연계를 주고받는 건강보험공단 A지사, 그리고 의사회, 약사회와 같은 직능단체였다. 의사회, 약사회를 통해 20여개의 병·의원, 수십 군데의 약국이 연계되어있다고는 하나 처음 MOU를 맺어 의사회, 약사회를 통해 형식적으로 소개받은 것 외에 현재 대사증후군 관리사업과 관련하여 실질적인 교류가 오가는 것은 아니라는 현실을 반영하여 이 연구에서 보려는 네트워크에는 제외하였다. 처음에 협의한 내용으로는 병·의원에 안내 판넬을 설치하고 내원하는 환자 중에 대사증후군 대상자의 건강관리를 위한 사후관리 연계, 약국 약 봉투에 사업홍보내용을 인쇄하여 배포하는 것 등이었다. 찾아가는 검진으로 연계된 기관은 최근 1년간 공공행정 및 서비스 기관, 지하철역, 아파트, 시장, 대학교, 중·고등학교, 마트나 백화점 등 일반 사업장 등으로 담당자를 통해 파악한 바로는 총 61개 기관이 있었고 이 중에 설문에 협조한 30 개 기관에 대하여 조사를 진행하였다. 그 중에 공공기관은 46.4%, 학술연구기관 14.3%, 학교 10.7%, 민간기업 7.1%, 직능단체를 비롯한 이익단체 7.1%, 그리고 기타(아파트 관리소)가 14.3%를 차지하였다.

도시보건지소 사례에서와 마찬가지로 우선, 보건의료 정책 과정에서 일반 시민들의 영향력에 대한 인식을 알아보기 위해 결정과정과 집행과정 각각에 대한 영향력을 10점 만점으로 물었다. 5점을 기준으로 5점 이상은 크다, 5점 미만은 작다고 할 때, 일반 시민의 영향력이 크다고 답한 경우는 정책 결정과정에서 57.1%, 정책 집행과정에서 70.4%로 일반적으

로 결정과정보다 집행과정에서 더 큰 영향력을 가진다고 보았다. 공공부문과 민간부문으로 나누어 보았을 때, 평균 점수는 서로 비슷하였고, 응답률 둘 사이에 일반 시민의 영향력에 대한 응답율의 차이도 유의하지 않았다.

2) B구

B구의 대사증후군 관리사업 보건소 담당자를 통하여 파악한 교류 기관 역시 대부분이 찾아가는 검진을 통해 연계되는 곳이었고, 실무적·학술적 교류를 위한 대학과 건강검진 사후관리로 연계되는 건강보험공단, 의사회와 약사회 등의 직능단체여서 전체적인 모습은 건강관리 사업의 특징에 벗어나지 않게 A구와 큰 차이를 보이지 않았고, 이 네트워크에서도 역시 병·의원과 약국은 제외하였다. 그러나 차이가 있는 것은 전체적인 연계기관 수는 적었지만 A구에서 볼 수 없었던 주민단체와의 연계가 있다는 점과 지역단체나 주민단체, 주민센터를 통한 자체적인 네트워크가 보인다는 점이다. 공공행정 및 서비스 기관, 학교, 일반 사업장, 주민단체 등을 포함하여 담당자를 통해 파악한 연계 기관은 총 35개였으며 이 중 설문에 협조한 32개의 기관에 대하여 조사를 진행하였다. 이 중에 공공기관은 33.3%, 이해단체를 포함해 직능단체가 20.0%, 학교와 민간기업이 각각 16.7%, 학술연구기관이 6.7%였으며 주민단체가 6.7%를 차지하였다.

일반 시민들이 지역의 건강정책과정에 미치는 영향력을 묻은 질문에 5점을 기준으로 ‘크다’고 답한 경우는 정책 결정과정에서 82.7%, 정책 집행과정에서 75.9%로 나타나 A구에서와 반대로 정책 결정과정의 영향력이 더 크다고 응답하였다. 평균 점수는 정책 결정과정에서 공공기관이 5.89, 민간기관이 6.28점, 집행과정에서 공공기관이 5.39, 민간기관이 6.08점으로 민간부문에서 높은 편을 보였으나, 둘 사이에 일반 시민의 영향력에 대한 응답률 차이는 통계적으로는 유의하지 않았다.

2. 정책네트워크의 구조적 특성

1) A구

A구 대사증후군 관리사업에 참여하는 30개의 기관 간의 관계를 도식화하면 <그림16>과 같다⁹⁾. 이 그림에서는 모두가 협력관계로 이루어져 끝이 뾰족한 화살표로만 구성되었다.

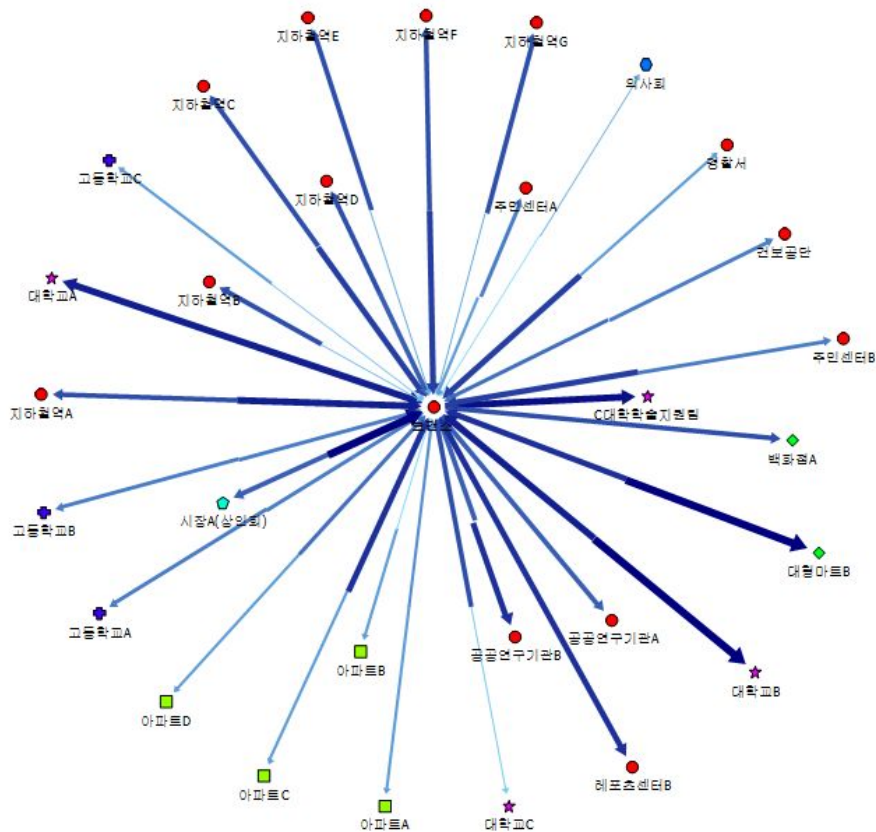


그림 16 A구 대사증후군 관리사업의 정책네트워크

9) 이 그림은 노드 사이 거리를 표준화하여 보기 좋은 형태로 배열한 시각화 방식으로 그린 것이다. 또한 입체적 그림을 평면으로 표현한 것으로, 이 그림에

모식도로 드러난 것처럼, A구의 대사증후군 관리사업은 보건소를 중심으로 하여 완전 방사형으로 이루어져 있다. 형태를 보아 보건소가 개별 기관 및 단체와 연계를 한 지점에서 더 이상의 연결로 이어나가지 못하고 단발적인 연계를 찾아나간 것으로 보이며, 네트워크의 형성과 유지에 보건소 자체에 부담이 많이 가는 구조로 생각할 수 있다.

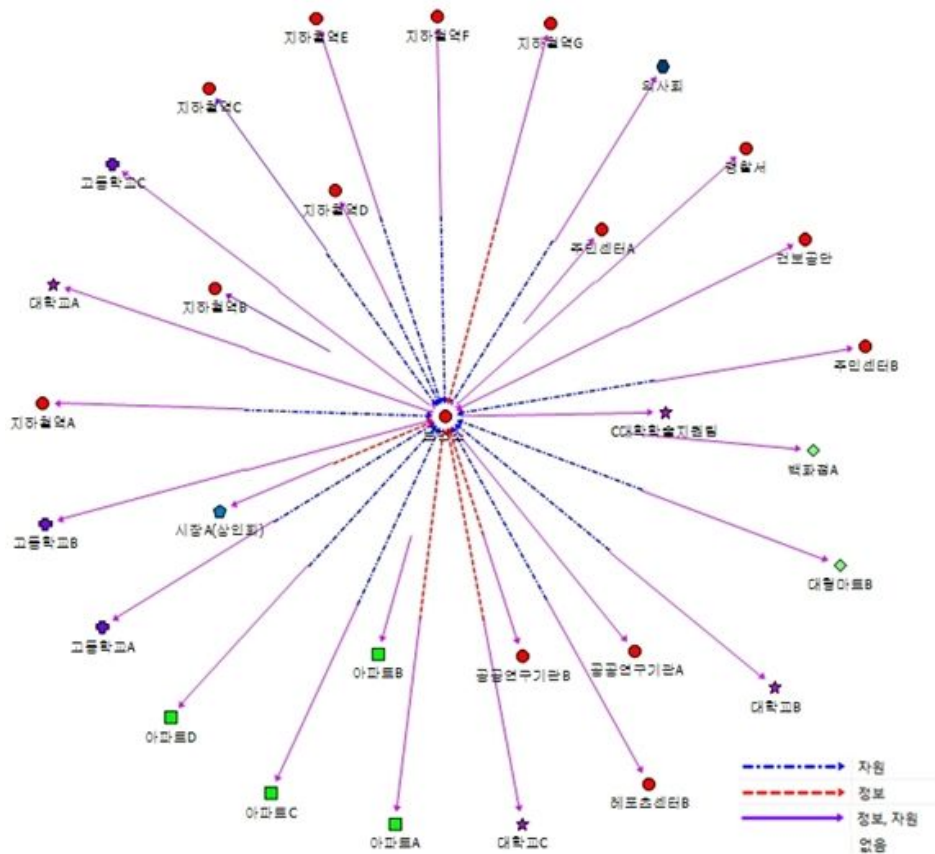


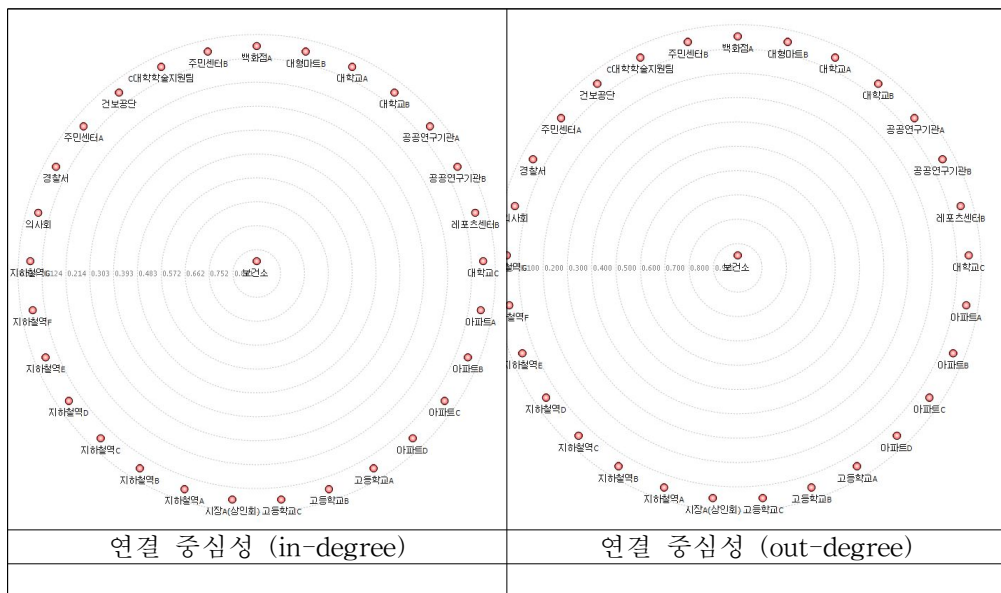
그림 17 A구 대사증후군 관리사업의 교류관계 모식도

주요받는 교류 관계의 내용을 정보와 자원이 교류로 나누었을 때, <그림 17>의 모식도에서는 정보가 점선, 자원은 1점 쇄선, 정보와 자원 모두는 실선으로 표시하였다. 주로 보건소에서 각 기관에 대하여 정보와 자원, 서 보건소와 다른 기관들 사이에 화살표 길이는 동일하다.

즉, 대사중후군 관리사업에 대한 홍보와 검진서비스 등을 제공하였고, 참여 기관에서는 장소나 시설, 인력 등을 제공하는 자원 제공의 형태로 주로 협력하고 있음을 알 수 있다. 가끔 사후관리를 위한 연계나 학술적, 실무적 도움이 되는 정보가 정보의 형태로 교류되었다.

조직 간 연계의 정도를 파악하기 위해서, 네트워크 내에서 가능한 연결에 대한 실제적 연결의 관계인 밀도를 살펴보면, 이 사례의 경우 870개의 가능한 연결 중에서 실제적인 연결은 56개로 그 비율은 6.4%인 것으로 나타나 도시보건지소 설립결정과정의 정책네트워크에 비하여 밀도가 매우 낮았다.

참여자 개별의 중요도를 나타내는 중심성 세 가지를 각각 살펴보면 다음과 같다. 동심원으로 표현되는 <그림 18>에서 중심에 있는 참여자 일수록 ‘각 방향성’에 따라 중심성이 높다는 의미이며, 보다 구체적인 중심성 수치는 <표 8>에 제시하였다.



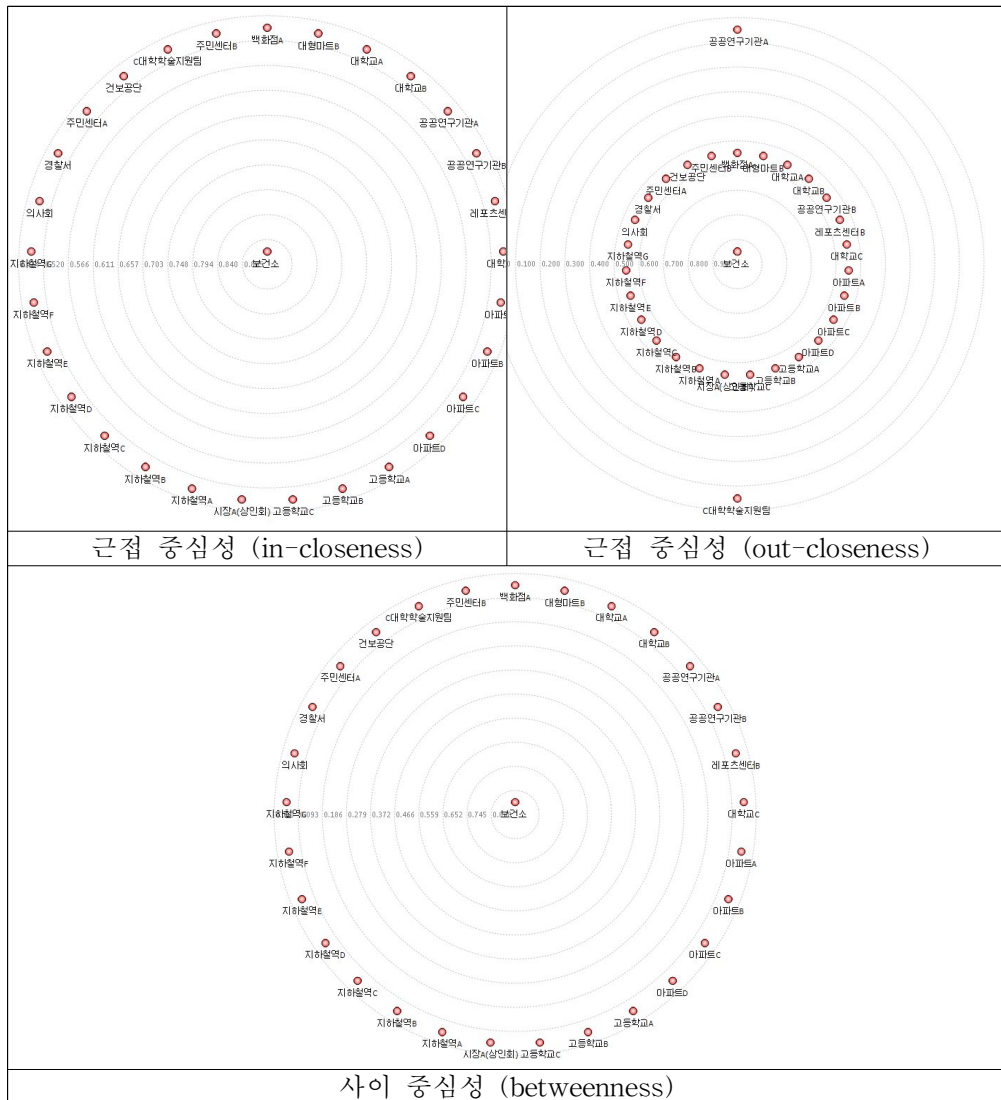


그림 18 A구 대사증후군 관리사업의 노드 중심성

개별 참여자를 살펴보면 연결 중심성은 내향적, 외향적으로 ‘보건소’가 가장 높게 나타났다. 내향, 외향 근접 중심성 및 사이 중심성 역시 ‘보건소’가 가장 높게 나타났으며, 특히 사이중심성의 경우 보건소를 제외한 다른 모든 기관 및 단체의 사이중심성은 ‘0’으로, 이런 경우 보건소 조직이 와해되면 네트워크가 완전 와해된다.

공공과 민간부문의 참여자로 구분하여 살펴보는 작업은 특별한 의미

가 없을 것으로 보인다.

표 8 A구 대사증후군 관리사업의 중심성 값

구 분	연결 중심성 (degree centrality)		근접 중심성 (closeness centrality)		사이 중심성 (betweenness centrality)
	내향중심성 (in)	외향중심성 (out)	내향중심성 (in)	외향중심성 (out)	
평 균	0.064	0.064	0.491	0.491	0.031
표준편차	0.161	0.174	0.082	0.158	0.167
최소값	0.034	0	0.474	0	0
최대값	0.931	1	0.931	1	0.931

참여자 개별이 아닌 전체 네트워크에서 하나의 중심으로 집중되는 정도를 표시하는 중심화의 경우, 연결정도, 근접, 사이 중심화를 각각 내향과 외향으로 나누어 살펴보면 제시되는 <표 9>와 같다.

표 9 A구 대사증후군 관리사업의 중심화 값

구 분	연결 중심화 (degree centralization)		근접 중심화 (closeness centralization)		사이 중심화 (betweenness centralization)
	내향중심화 (in)	외향중심화 (out)	내향중심화 (in)	외향중심화 (out)	
A구 대사증후군 관리사업	92.9%	100%	92.7%	93.2%	93.1%

중심성과 중심화 수치를 볼 때, 전반적으로 내향과 외향 모두 보건소가 중심성에서 높은 위치를 차지하고 있어 영향력이 가장 클 뿐만 아니라, 보건소가 거의 결정적인 역할을 하는 위치에 있어서 보건소 완전 주도형의 정책집행 형태를 보이고 있음을 알 수 있다.

2) B구

B구의 대사증후군 관리사업 정책 네트워크의 모식도는 <그림 19>와 같다. 모든 교류기관은 협력관계를 바탕으로 이루어져 있다.

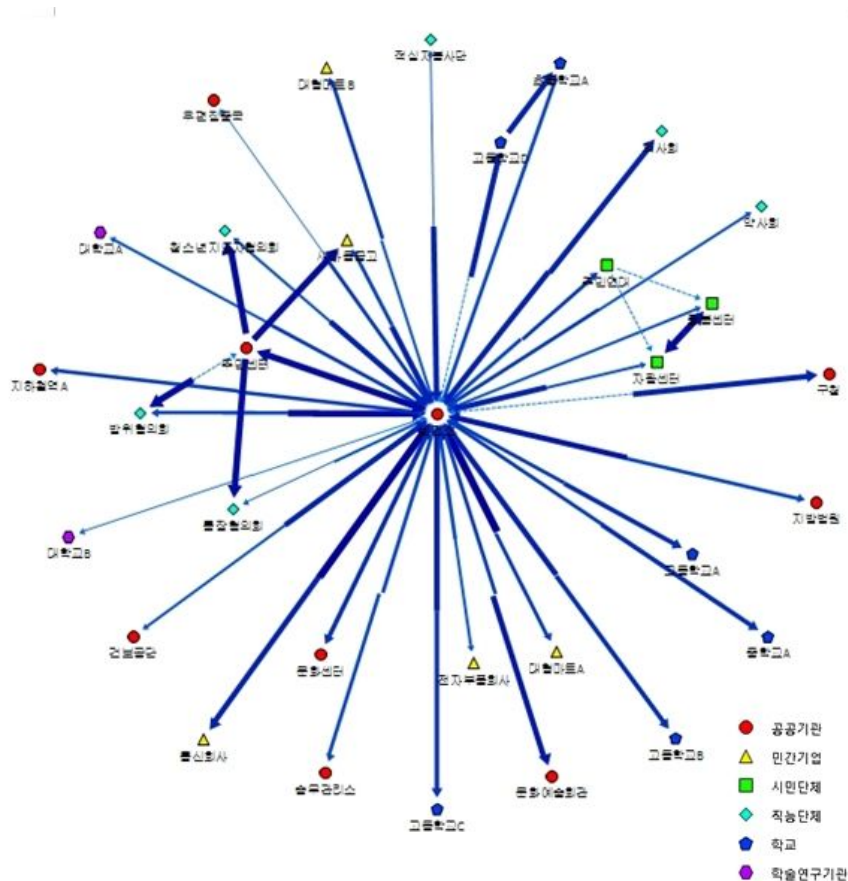


그림 19 B구 대사증후군 관리사업의 정책네트워크

A구의 모식도에서는 보건소를 중심으로 완전 방사형을 띄고 있었으나, B 구에서는 교류기관들 사이에 일부 연결고리가 존재함을 볼 수 있다. 하나는 주민센터를 기점으로 한 연결고리이다. 주민센터는 청소년지도자협의회, 방위협의회, 통장협의회, 새마을 금고 등 해당 동의 직능단체나 근처의 기관에 사업을 소개하고 연결시켜준 역할을 하고 있다. 또

하나의 고리는 주민연대와 돌봄센터, 자활센터를 중심으로 한 고리이다. 주민연대는 10여년 전 조직된 지역 시민운동단체로 그 부설기관인 자활센터, 돌봄센터와 연결고리를 생성하고 있다. 보건소는 주민연대와 같은 시민단체에 연계함으로써 그와 함께 연결되어 있는 10여개에 달하는 다른 주민조직들 사이로 확장하려고 노력하고 있으나 현재 대사증후군 관리사업으로 연결된 정도는 부설기관 정도에 그치고 있다. 그 밖에도 인접한 곳에 있는 고등학교D와 초등학교A 소개를 통한 연결고리가 생성되어 있다. 하지만 그 정도가 네트워크의 구조 전체를 흐트릴 정도는 아니어서 네트워크 전반적으로는 방사형을 띄고 있다고 볼 수 있다.

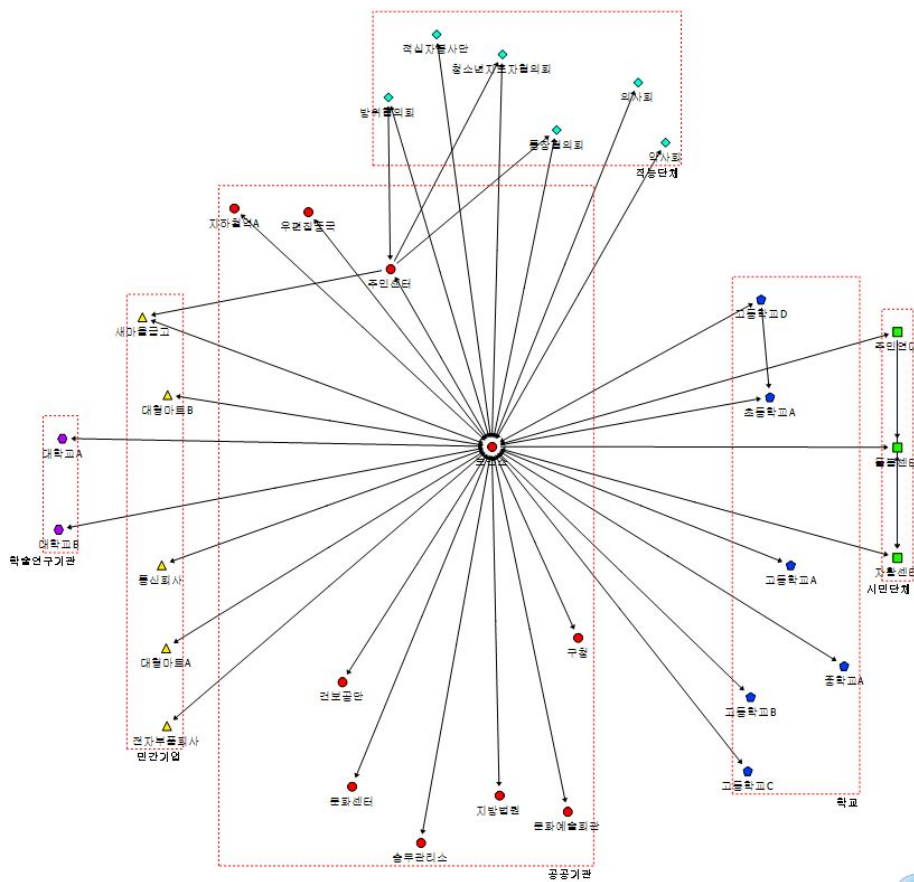


그림 20 B구 대사증후군 관리사업의 클러스터 모식도

이를 기관의 범주와 특성에 따른 클러스터로 묶어서 살펴보면 보다 용이하게 그 관계를 알아볼 수 있다. 시민단체의 범주 사이에, 그리고 주민센터와 주변의 직능단체 범주 사이에, 학교 범주 사이에서 연결고리가 이어지고 있다.

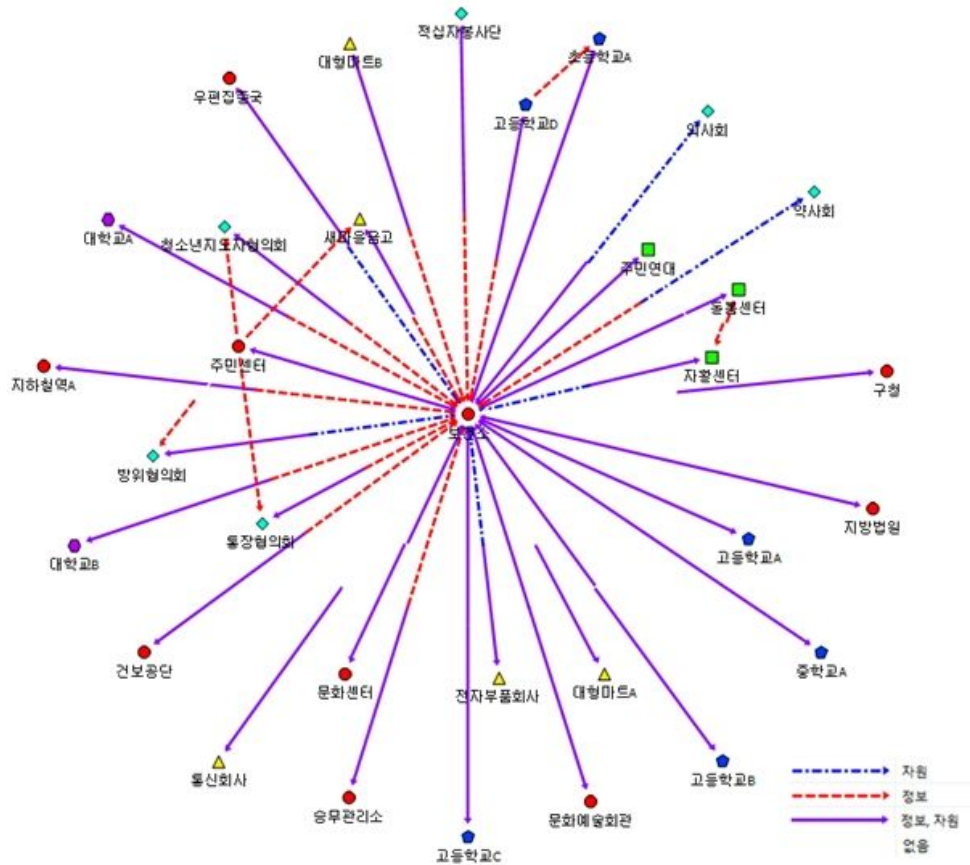


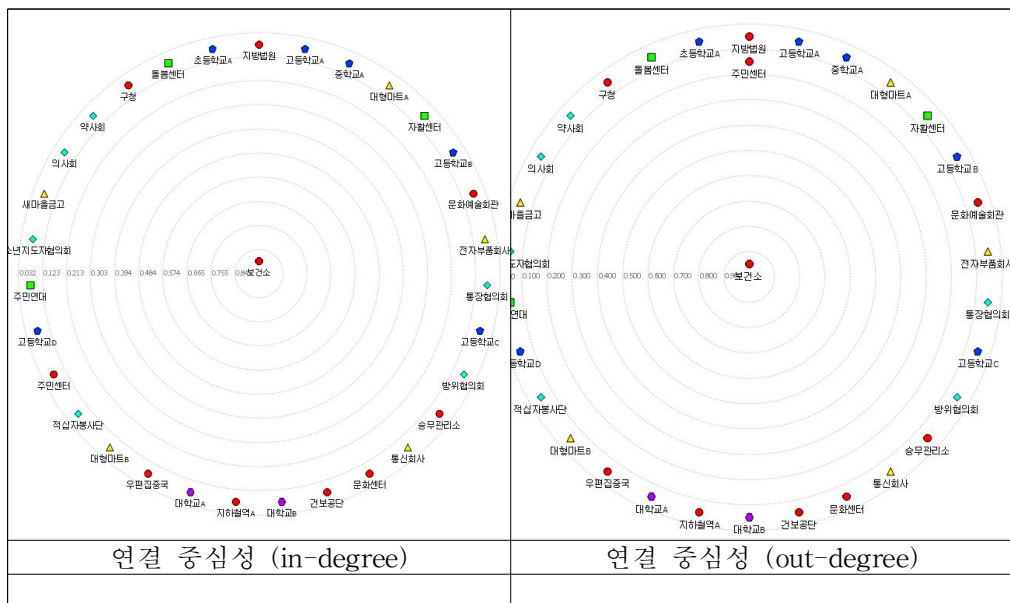
그림 21 B구 대사증후군 관리사업의 교류관계 모식도

정보와 자원 교류관계를 살펴보면 모식도에서 정보는 점선, 자원은 1점 채선, 정보와 자원 모두는 실선으로 표시되어 있다. 보건소에서는 주로 교류기관들에 사업내용 교육 및 홍보와 건강검지에 해당하는 정보와 자원 모두를 제공하고 있으며, 기관들은 보건소에 사후관리 대상자 제공과 같은 정보나 검진할 때 인력과 시설을 비롯한 자원을 제공하고 있다. 주민센터를 비롯한 연결고리의 중심들은 서로 간에 대사증후군 관리사업

에 대한 홍보와 정보를 제공하고 있다는 것을 볼 수 있다.

조직 간 연계의 정도를 파악하기 위해서, 네트워크 내에서 가능한 연결에 대한 실제적 연결의 관계인 밀도를 살펴보면, 이 사례의 경우 992개의 가능한 연결 중에서 실제적인 연결은 70개로 그 비율은 7.1%인 것으로 나타나 도시보건지소 설립결정과정의 정책네트워크에 비하여 밀도가 역시 낮았으며, 밀도에서 A구보다 미세하게 높았지만 거의 차이가 나지는 않았다.

참여자 개별의 중요도를 나타내는 중심성 세 가지를 각각 살펴보면 다음과 같다. 동심원으로 표현되는 <그림 22>에서 중심에 있는 참여자 일수록 ‘각 방향성’에 따라 중심성이 높다는 의미이며, 보다 구체적인 중심성 수치는 <표 10>에 제시하였다.



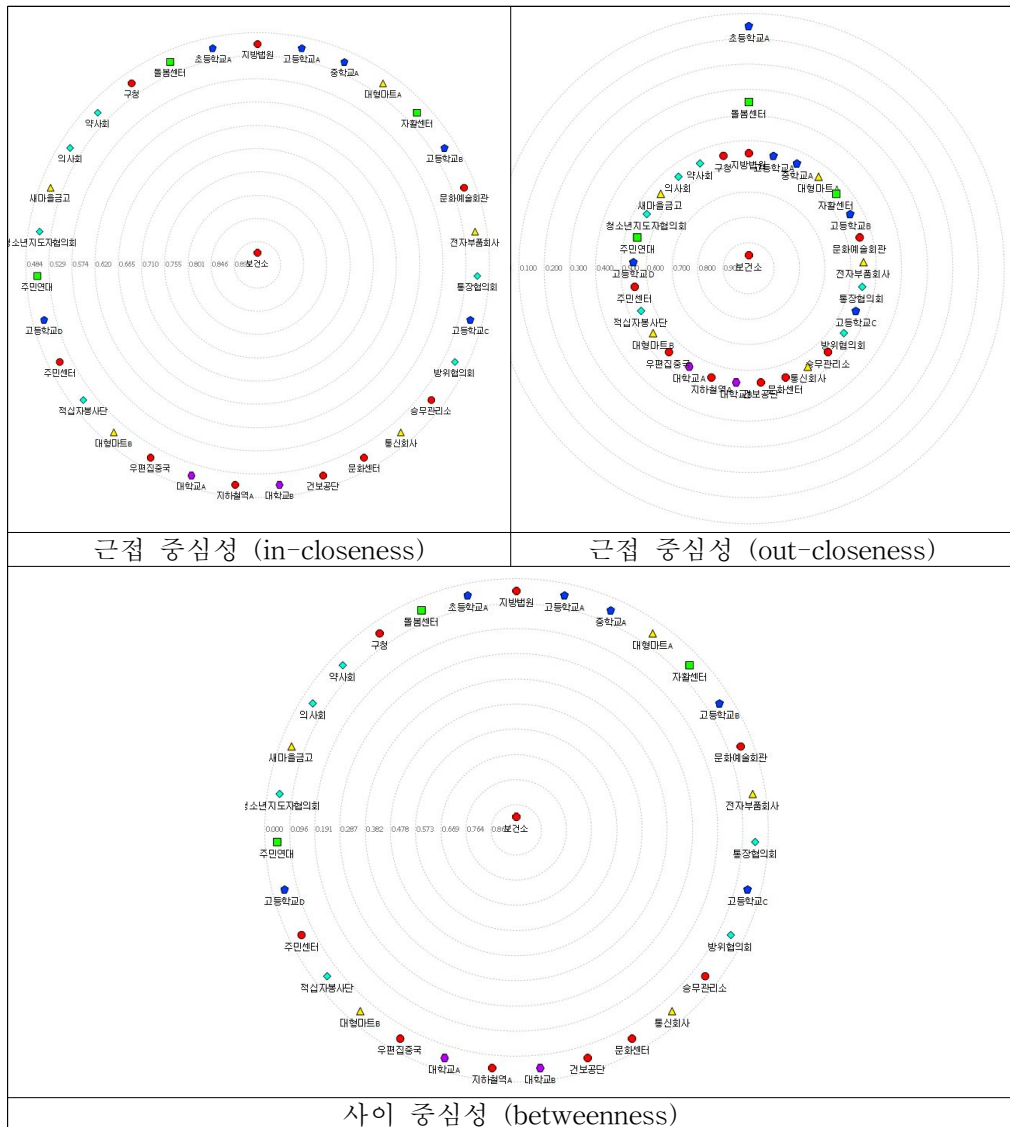


그림 22 B구 대사증후군 관리사업의 노드 중심성

표 10 B구 대사중후군 관리사업의 중심성 값

구 분	연결 중심성 (degree centrality)		근접 중심성 (closeness centrality)		사이 중심성 (betweenness centrality)
	내향중심성 (in)	외향중심성 (out)	내향중심성 (in)	외향중심성 (out)	
평 균	0.071	0.071	0.502	0.505	0.031
표준편차	0.156	0.169	0.078	0.129	0.166
최소값	0.032	0	0.484	0	0
최대값	0.935	1	0.937	1	0.955

개별 참여자를 살펴보면 연결 중심성은 내향적, 외향적으로 ‘보건소’가 가장 높게 나타났다. 내향, 외향 근접 중심성 및 사이 중심성 역시 ‘보건소’가 가장 높게 나타났으며, 사이 중심성을 비롯한 세 종류의 중심성 수치에서 주변의 연결고리가 되었던 ‘주민센터’와 주민단체들이 다른 조직들에 비해 중심성 수치가 높지만 워낙 보건소의 중심성이 크기 때문에 거의 의미가 없어질 정도로 미약하다. 이 경우 역시 보건소 조직이 와해 되면 대사중후군 관리사업의 네트워크는 유지될 수 없다고 할 수 있다.

참여자 개별이 아닌 전체 네트워크에서 하나의 중심으로 집중되는 정도를 표시하는 중심화의 경우, 연결정도, 근접, 사이 중심화를 각각 내향과 외향으로 나누어 살펴보면 제시되는 <표 11>과 같다.

표 11 B구 대사중후군 관리사업의 중심화 값

구 분	연결 중심화 (degree centralization)		근접 중심화 (closeness centralization)		사이 중심화 (betweenness centralization)
	내향중심화 (in)	외향중심화 (out)	내향중심화 (in)	외향중심화 (out)	
B구 대사중후군 관리사업	92.3%	99.1%	91.3%	97.3%	95.4%

중심성과 중심화 수치를 볼 때, A구와 마찬가지로 B구에서도 전반적

으로 내향과 외향 모두 보건소가 중심성에서 높은 위치를 차지하고 있어 영향력이 가장 클 뿐만 아니라, 보건소가 거의 결정적인 역할을 하는 위치에 있어서 보건소 완전 주도형의 정책집행 형태를 보이고 있음을 알 수 있다. 즉, 기존에 존재하는 지역 주민단체 네트워크를 이용하여 사업 수행의 주민 친화성과 연계를 용이하게 하려는 노력에도 불구하고 중심성의 수치로는 관 주도의 사업임을 보여주고 있다.

3. 네트워크 형성 분석

1) A구

① 정책사례 참여 이유

A구의 정책네트워크 대상기관들에게 이 사업에 참여하게 된 가장 큰 이유를 묻는 문항에는 ‘기관 내부의 자발적 필요보다는 공식적·비공식적 요청에 따라’ 참여하였다는 응답이 22.2%, ‘지역사회의 구성원으로서 공공적 의무라고 생각하기 때문에’가 14.8%, ‘내 지역이나 기관의 건강증진에 도움이 될 것이라고 생각해서’가 55.6%로 가장 높은 비율을 차지하였고 그 외에 ‘내 지역이나 기관의 건강 외에 다른 부분에 도움이 될 것이라 생각해서’와 ‘근거리라서 이동이 편리해서’라는 기타 응답이 각각 3.7%를 차지하였다. 이 결과에서 보면, 정책 결정과정인 도시보건지소 사례에서 응답하였던 것에 비하여 요청에 따라 참여하게 되었다는 ‘소극적 참여’ 형태가 보다 비중 있게 나왔고, 공공적 의무이기 때문이라는 조직, 위계적 형태가 비교적 적다는 것을 알 수 있다. 또한, 건강 증진에 도움이 될 것이기 때문이라는 필요에 의한 참여가 절반 이상을 차지하고 있어, 건강검진이나 서비스를 제공하게 되는 보건소 건강증진(혹은 검진, 관리)사업의 특성을 반영하고 있다고 보인다. 그러나 이 응답은 ‘적극적 참여’라고 해석하기에는 어려우며 사업의 필요성을 이해하고 장소나 인력의 제공을 통한 협력의 방식으로 참여하고 있는 ‘중간 수준 참여’ 정도로 여길 수 있다.

② 타 기관과 교류 이유 및 평가

다른 기관과의 교류를 하게 된 이유를 묻는 질문에는 56개의 교류관계 중에서 ‘필요에 따라 적합하다 생각되어서’가 가장 높은 비율인 78.6%를 차지하여 앞서 정책네트워크 자체에 참여한 이유와도 같은 맥락에서 해석할 수 있다. 그 다음으로 ‘다른 업무로 이미 교류를 하던 곳이어서’가 10.8%로 보건소에서 시행하는 여러 건강사업으로 이미 교류를 하고 있는 기관, 조직에서 함께 시행하기가 상대적으로 쉬운 이유이다. 그 외에 ‘좋은 평판이나 신뢰를 얻을 만 한 곳이어서’가 5.4%, 그리고 ‘공공기관에 대한 협조’와 같은 기타 의견이 5.4%를 차지하였다.

보건소가 타 기관에 교류한 이유로 응답한 것과 타 기관에서 보건소와 교류한 것의 관계특성에 따라 서로 교류 이유에 대한 응답 비율의 차이가 나타나고 있다. 보건소는 한 곳을 제외하고는 모두 필요에 따라 적합한 이유로 보건소 외 기관과 교류를 하고 있었으나, 보건소 외 기관이 보건소와 교류하는 이유는 필요에 따른 이유가 약 60%고 다른 업무로 교류중이기 때문이거나 신뢰도와 같은 이유들이 나머지를 차지하고 있다.

표 12 A구 대사증후군 관리사업 네트워크에서 교류형태별 참여이유

교류 이유 \ 교류 형태	보건소 → 보건소 외 기관	보건소 외 기관 → 보건소
이미 다른 업무로 교류 중이어서	3.5%	18.5%
필요에 따라 적합하다 생각해서	96.5%	59.3%
좋은 평판이나 신뢰를 얻을만해서	0%	11.1%
담당자와 개인적 친분이 있어서	0%	0%
기타	0%	11.1%
합계(N)	29 (100%)	27 (100%)

지금까지 A구의 대사증후군 관리사업 정책네트워크 특성을 살펴본 결

과, 주로 보건소에서 기존의 다른 사업이 진행되는 기관들 혹은 개별적으로 새로운 기관, 조직들에 접촉을 시도하여 대사증후군 관리사업의 필요성과 이동검진에 대해 설명하고 협조를 요청하여 이끌어내는 방식으로 진행해오고 있다는 것을 알 수 있다. 이런 경우에 상호간에 평가가 상이한 정도가 어느 정도나 되는지와 신뢰도의 차이가 정책 결과나 효율성에 영향을 미칠 수 있다.

교류평가에서 상호간에 다른 응답을 한 경우(교류가 잘 되었다-잘 이루어지지 않았다)는 30개의 상호관계 중 6개에 해당하여 20%가 상이한 결과를 보였다. <그림 24>는 신뢰도를 10점 척도로 응답한 것을 평균인 6.8을 고려하여 6.5를 기준을 ‘높다’, ‘낮다’로 해석하였을 때, 상호 간 신뢰도의 응답 차이를 보기 위한 그림이다. 신뢰도를 달리 평가한 관계는 30개 관계 중 13개로 43.3%로 나타나 비교적 높은 수치를 보였다. 그리고 상이한 신뢰도를 보이는 관계는 주로 평가가 다른 관계와 일치하는 경향을 보이고 있다. 그러나, 신뢰도의 차이가 나는 경우에 대부분은 보건소에서 상대 기관에 대해 낮게 평가를 하고 다른 기관에서 보건소에 대해서는 거의 높게 평가를 하는 데서 차이가 나고 있었다. 신뢰도와 교류 평가의 관계를 보기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행했을 때 신뢰도가 높을수록 교류평가가 유의하게 좋게 나타나는 것으로 나타났고, 교류의 강도와 신뢰도는 상관계수가 0.8024로 공선성이 있다고 할 만큼 높다.

교류 평가에서 교류가 잘 이루어지지 않았다고 평가한 경우 중 가장 많은 비율을 차지하고 있는 것은 40%가 ‘여건이 잘 형성되지 않아서’였고, 그 다음으로 ‘이해관계가 맞지 않아서’ 20%와 ‘관심이 없어서(인식 부족)’가 10%로 응답하였다.

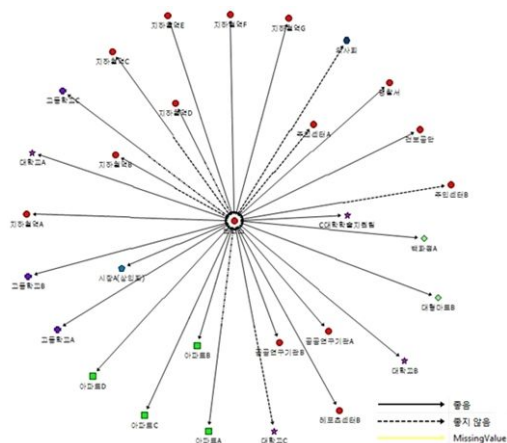


그림 23 A구 대사증후군 관리사업의
교류평가

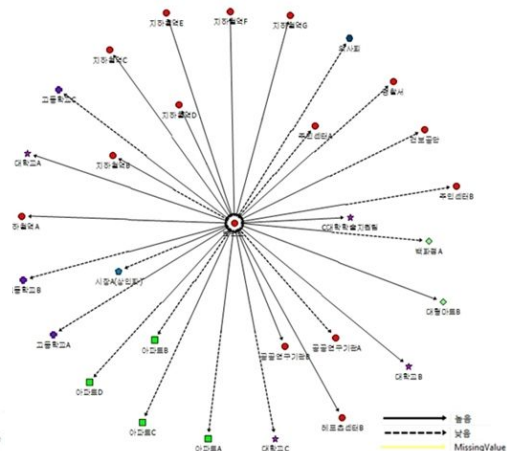


그림 24 A구 대사증후군 관리사업
참여자 사이의 신뢰도

③ 참여하는 데에 가장 큰 영향을 미친 기관

A구 대사증후군 관리사업의 정책네트워크 안에서 각 기관들이 참여하게 된 데에 가장 큰 영향을 미친 기관에 대한 질문에서 77.8%는 보건소라고 답하여 보건소의 높은 중심성과 잘 맞는 결과를 보였다. 그 다음으로는 구청이라고 답한 7.4%와 지역주민이라고 답한 7.4%, 그리고 기타 답변으로는 대형마트와 해당 기관 자체가 있었다. 구청이라고 답한 기관은 의사회와 지하철역 중 한 곳으로 이들은 보건소의 요청이나 필요에 따라 참여한 것 보다는 공공기관으로서, 혹은 조직 자체가 가지는 위치에 따라, 상위 기관의 권위를 고려한 것으로 볼 수 있다.

④ 가능성 있는 참여기관에 대한 인식

지금은 교류하고 있지 않지만 앞으로 교류하고 싶은 기관을 묻는 질문에는 30개의 응답기관 중 11개 기관이 무응답, 18개 기관(보건소를 제외한 모든 기관)이 생각나는 기관이 없다고 답하여 대부분 소극적이고 수동적인 태도를 보이고 있음을 알 수 있었다. 보건소에서는 추가로 일개 사업장과 은행을 검진을 위한 교류기관으로 응답하였는데, 지금은 교류하고 있지 않은 이유는 현 교류기관과의 교류에 있어서 어려움을 겪고

있는 이유와 동일했다. 첫째, 해당 기관에 건강을 담당하는 부서가 따로 없는 경우에 건강사업에 대한 이해가 떨어지며 관계를 맺는데 원활하기 어렵다는 것이며, 둘째, 대개의 사업장이나 기관에서 건강보험공단을 통해 매년 건강검진을 받고 있기 때문에 대사증후군 검진을 따로 받아야 할 필요성을 느끼지 못하고 있기 때문이다. 셋째는 특히 민간 사업장에서 주로 겪는 어려움인데, 특별히 검진을 위해 시간을 내야 하는 부담과 기대비용 때문에 직원들의 반응이 좋지 않을 경우 지속하기 어렵다는 점이다.

2) B구

① 정책사례 참여 이유

A구의 정책네트워크 대상기관들에게 이 사업에 참여하게 된 가장 큰 이유를 묻는 문항에는 ‘기관 내부의 자발적 필요보다는 공식적·비공식적 요청에 따라’ 참여하였다는 응답이 19.2%, ‘지역사회의 구성원으로서 공공적 의무라고 생각하기 때문에’가 7.7%였고, ‘내 지역이나 기관의 건강증진에 도움이 될 것이라고 생각해’가 73.1%로 가장 높은 비율을 차지하였다. A구에서처럼 정책 결정과정에서 응답하였던 것에 비하여 요청에 따라 참여하게 되었다는 ‘소극적 참여’ 형태가 보다 비중 있게 나오고, 공공적 의무이기 때문이라는 조직, 위계적 형태가 비교적 적다는 것을 알 수 있다. 또한, 건강 증진에 도움이 될 것이기 때문이라는 필요에 의한 참여가 매우 높은 비율을 차지하고 있어, 보건소 건강증진(혹은 검진, 관리)사업의 특성을 잘 반영하고 있다. 역시 적극적 참여라기보다는 사업의 필요성을 이해하고 장소나 인력의 제공을 통한 협력의 방식으로 참여하고 있는 ‘중간 수준 참여’ 정도로 여겨진다.

② 타 기관과 교류 이유 및 평가

다른 기관과의 교류를 하게 된 이유를 묻는 질문에는 70개의 교류관계 중에서 ‘필요에 따라 적합하다 생각되어서’가 약 절반 가까이 되는

49.2%를 차지하여 기본적으로 각 기관의 목적과 이해에 맞는 이유로 관계가 수립되고 있음을 알 수 있다. 그러나 A구에 비해 응답의 구성 비율이 조금 달랐는데, ‘다른 업무로 이미 교류를 하던 곳이어서’가 23.8%로 보건소에서 시행하는 다른 사업 등으로 이미 교류를 하고 있는 기관, 조직이 참여하고 있는 비율이 비교적 높은 편이었다. 또, ‘좋은 평판이나 신뢰를 얻을 만 한 곳이어서’가 12.7%로 비교적 높았고, ‘담당자와 개인적인 친분이 있어서’가 4.8%로 A구에서는 나오지 않았던 응답이 다수 있었다. 그 외에 기타 이유가 9.4%를 차지하였다.

보건소가 타 기관에 교류한 이유로 응답한 것과 타 기관에서 보건소와 교류한 것, 그리고 타 기관끼리 교류한 세 가지의 다른 관계특성에 따라 서로 교류 이유에 대한 응답 비율의 차이가 나타나고 있다.

표 13 B구 대사증후군 관리사업 네트워크에서 교류형태별 참여이유

교류 이유 \ 교류 형태	보건소 → 보건소 외 기관	보건소 외 기관 → 보건소	보건소 외 기관 → 보건소 외 기관
이미 다른 업무로 교류 중이어서	3.2%	32%	85.7%
필요에 따라 적합하다 생각해서	77.4%	40%	0%
좋은 평판이나 신뢰를 얻을만해서	3.2%	28%	0%
담당자와 개인적 친분이 있어서	6.5%	0%	14.3%
기타	9.7%	0%	0%
합계(N)	31 (100%)	25 (100%)	7 (100%)

보건소에서 주로 보건소 외 기관에 교류를 하는 이유는 필요에 따라 관계를 맺고 있는 경향이 뚜렷하고, 보건소 외 기관이 보건소와 교류를 하는 이유는 다른 업무로 인한 교류나 필요, 보건소에 대한 신뢰가 골고루 분포하고 있었으며, 보건소 외의 기관끼리는 대부분 이미 다른 업무로 교류중인 이유를 들고 있다. 이는 기존에 조직되어 있던 보건소와 지

역사회 기관 연계, 그리고 기존의 지역사회에 연계되어 있던 조직을 대사증후군 관리사업에서 잘 활용하고 있는 것이라고 해석할 수 있다.

지금까지 B구의 대사증후군 관리사업 정책네트워크 특성을 살펴본 결과, 기본적으로 보건소 주도의 건강검진 사업의 모습을 띄고 사업장을 발굴하여 연계하는 방향으로 진행하고 있으나, 기존에 지역사회에 존재 하던 주민단체의 연결망이나 주민센터를 통한 가까운 직능단체의 연결망을 활용하고 있음을 볼 수 있다.

교류평가에서 상호간에 다른 응답을 한 경우는 32개의 관계 중 4개로 12.5%가 상이한 결과를 보였다. 이 네트워크에서 신뢰도의 평균은 7.52점이었으며, 이를 고려하여 7.5를 기준으로 그 이상은 ‘높다’, 미만을 ‘낮다’로 해석하였을 때, 상호 간 신뢰도의 응답 차이를 그림으로 나타내었다. 신뢰도를 달리 평가한 관계는 32개 관계 중 8개로 25%로 나타나 생각보다 높은 수치를 보였다. 그러나 A구와 달리 평가관계의 차이를 보이는 관계와 신뢰도 차이를 보이는 관계가 일치하는 경향을 보이지는 않았다. 신뢰도와 교류 평가의 관계를 보기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행했을 때 신뢰도가 높을수록 교류평가가 유의하게 좋게 나타나는 것으로 나타났다. 또, 교류의 강도와 신뢰도는 상관계수가 0.8470으로 공선성이 있다고 할 만큼 높다.

교류가 잘 이루어지지 않았다고 평가한 중에서는 6개의 응답 중 2개가 ‘교류여건이 좋지 않아서’라고 응답하였고 나머지는 각각 ‘관심 부족’, ‘불화’, ‘사업의 일회성’, ‘특별히 교류한 것이 없다’고 응답하였다.

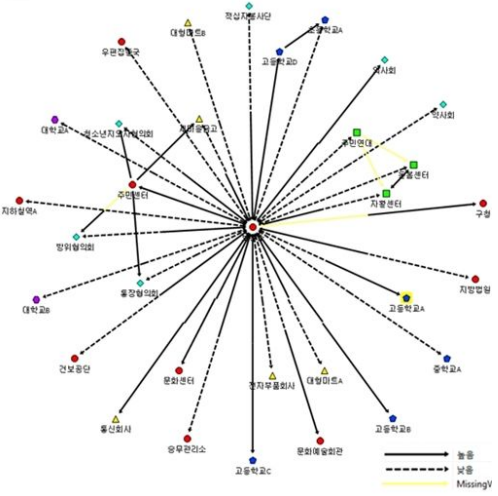
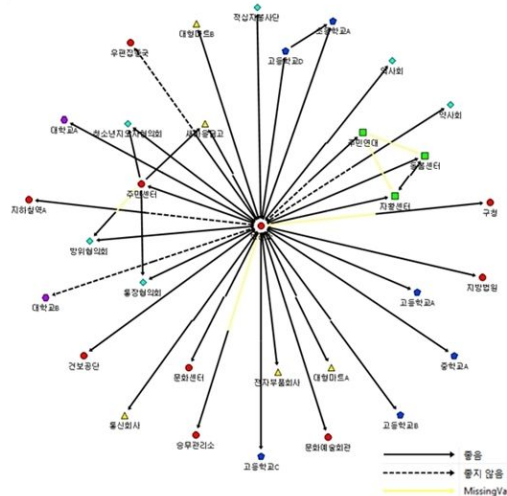


그림 25 B구 대사증후군 관리사업의 교류평가 그림 26 B구 대사증후군 관리사업 참여자 사이의 신뢰도

③ 참여하는 데에 가장 큰 영향을 미친 기관

B구 대사증후군 관리사업의 정책네트워크 안에서 각 기관들이 참여하게 된 데에 가장 큰 영향을 미친 기관은 보건소를 제외하고는 모든 참여기관에서 ‘서울시’라고 대답하여 중심성 결과와 일치하였다. 그 외에는 보건소에서만 ‘서울시’라고 응답하였다.

④ 가능성 있는 참여기관에 대한 인식

지금은 교류하고 있지 않지만 앞으로 교류하고 싶은 기관을 묻는 질문에는 32개의 응답기관 중 17개 기관이 무응답, 14개 기관이 생각나는 기관이 없다고 답하여 역시 소극적이고 수동적인 태도를 보이고 있음을 알 수 있었다. 교류하고 싶은 기관이 있다고 응답한 곳은 자활센터로, 정신보건센터와도 교류를 원하고 있었다. 이 응답은 아마도 대사증후군 관리와 관련한 것은 아니지만, B구의 응답에서 특징적이었던 기존의 연결망을 활용하는 방식이 나타나는 것으로 보인다. 보건소에서는 추가로 주민연대와 연결된 다른 주민단체들과 연계를 시도하고 있으며, 민간 사업장의 노동조합을 통하여 교류를 확장하려고 하나, 노측과 사측의 입장과

태도가 달라 어려움을 겪고 있다고 응답하였다. 또, 어려움으로 A구와 비슷하게 대개의 큰 사업장은 이미 건강검진을 건강보험공단이나 회사 차원에서 실시하고 있어서 달리 필요성을 잘 느끼지 못하기 때문에 잘 교류가 이루어지지 않는다고 응답하였다.

제 5 장 고찰

제 1 절 연구결과에 대한 고찰

2012년 7월 말, 서울시는 공공의료 마스터플랜에서 ‘모든 시민이 함께 만들고 누리는 건강서울’을 비전으로 제시하였다. 여기서 ‘모든 시민이 건강한’은 형평성을 제시한 것이라면 ‘함께 만들고 누리는’은 시민의 건강에 대한 권리와 참여에 대한 보장과 공공-민간의 협력을 제시한 것이다. 두 가지는 물론 각기 독립적인 비전이 아니다. 비전과 더불어 제시한 네 가지의 목표 중에 세 번째는 ‘건강 친화적 공동체 조성’으로, 시민참여를 통한 건강정책을 만들고 건강공동체를 조성하겠다는 설명을 붙였다. ‘참여’를 강조하는 서울시의 전반적인 흐름뿐만 아니라 보건의료 분야에서 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 시민건강증진연구소 등에서 시민의 직접 참여를 통한 정책의견 청취와 논의의 장을 시도해오고 있다. 우리나라 보건의료기본법(제8조)에는 ‘국가 및 지방자치단체는 국민의 권리·의무 등 국민생활에 중대한 영향을 미치는 보건의료정책을 수립·시행하는 때에는 이해관계인 등 국민의 의견을 수렴하여야 한다.’고 제시하여 보건정책에 대한 국민의 참여를 보장하고 있기도 하다. 이렇게 최근 한국사회에서 그리고 보건의료 분야에서 시민참여는 빼 놓을 수 없는 화두가 되었고 이제는 제법 익숙한 주제가 되었다. 그러나 이야기되

는 바와 더불어 실제로는 얼마나 그것이 정착되고 실현되는지는 의문이다. 주민참여제도에 대한 여러 사전연구들은 대부분 아직은 소극적 시민참여에 그치고 있으며, 특히 지방자치단체 수준의 지역에서는 연구도 부족할뿐더러 그 결과도 아직 여러 가지 제도적, 인식적 부분의 개선이 필요하다는 것을 언급하고 있다. 차경은(2012)은 지방자치단체에서 실질적 주민참여와 자치가 실현되고 있지 못한 이유로 다음과 같은 세 가지를 이유를 제시한다. 첫째, 실질적인 민주사회를 경험한 기간이 짧아서 민관이 모두 민주적 지역공동체를 형성하고 활성화하려는 의식이 부족하다. 둘째, 급격한 경제성장에 따른 부의 집중화에 의하여 지역경제의 침체가 심화되어 지역공동체의 경제적 기반이 붕괴되었다. 셋째, 권한의 중앙 집중화에 의하여 지역공동체 스스로 지역의 정책을 결정하고 실현하여 공동체를 운영할 수 있는 수단이 허용되고 있지 못하다.

이 연구는 기본적으로 실제 지역사회의 정책결정과 수행에서 시민참여의 실상을 알아보기 위하여 수행하였다. 결론적으로 시민참여는 정책결정과정과 수행과정 모두에서 매우 빈약한 수준임을 보여주었다. 정책결정단계의 사례로 충분히 여러 이해관계자가 관여할 필요가 있는 주제인 도시보건지소 설립 결정과정을 선택하였고, 정책집행단계의 사례로는 지역사회로의 침투, 활발한 참여와 파트너십 형성이 목표의 달성에 중요한 건강증진 사업으로써 대사증후군 관리사업을 살펴보았다. 비록 서울시 두 개의 구만 살펴본 사례연구라는 한계를 가지고 있기에 성급히 일반화할 수는 없을 것이나 적어도 두 사례의 공통점이나 차이를 통해 시민참여의 실태를 엿보고 과제를 얻기에는 충분할 것이다. 특히 관련 자료와 문서는 활용하되 참고로 삼고 분석 자체는 설문 위주로 직접 응답한 것에 기초하여 진행한 것으로 문서에 적혀진 것에 비해 보다 실제적인 참여 실상과 인식을 알아볼 수 있었다.

지역사회의 건강 정책과정에서 일반 시민이 미치는 영향력에 대한 인식은 공공부문과 민간부문으로 나누어 보았을 때나, 결정과정과 집행과정을 나누어 보았을 때에도 특별히 그 정도에서 유의한 차이를 보이지

않았다. 즉, 공공부문이나 민간부문의 참여자가 일반시민의 영향력의 정도에 대해 인식하는 것에서 일관된 경향을 보여주지 않았고 정책 단계에 대해서도 마찬가지였다. 각 사례와 단계별로 10.0점 만점에서 평균점수가 최저 4.6점에서 최고 6.2점까지 나타나고 있는데, 16개 지방자치단체의 주민참여제도에 대한 영향력 인식조사를 한 연구에서 5.0점 만점에 공무원은 2.93점, 주민은 2.74점을 보여 ‘중상위’의 평가를 한 것과 비슷한 결과를 보여주었다(강인성, 2008).

표 14 정책과정에서 일반시민의 영향력 인식도 (평균점수)

		도시보건의료 시설결정과정		대사중후군 관리사업	
		A구	B구	A구	B구
정책 결정과정의 일반시민 영향력 인식	공공	5.1	5.5	5.0	5.89
	민간	3.25	7.5	5.57	6.28
	전체	4.57	6.2	5.3	6.16
집행과정의 일반시민 영향력 인식	공공	5.9	5.0	5.92	5.39
	민간	2.75	7.5	5.46	6.08
	전체	5.0	5.8	5.69	5.86

네트워크 구조를 통해 살펴보았을 때 먼저 정책결정단계에서의 여기관 및 단체의 구성은 공공부문과 민간부문에서 공공부문 위주의 구조를 보이고 있었다. 특히, 관여한 내용을 살펴볼 때, 정책사안의 핵심 부문에 있어서는 구청과 보건소로 대표되는 공공부문에서 대부분의 일들이 진행되고, 부지의 선정과 같은 부차적인 부문에 이르러서야 민간부문이 관여하고 있다는 것을 볼 수 있었다. 특히 주민단체나 의사회와 같은 직능단체는 중심적인 내용들이 모두 결정된 이후에 내용을 전해 듣고 추후 협의의 대상이 되고 있어서 갈등이 발생할 가능성을 가지고 있었으며, 상호 아쉬움을 갖게 한 부분이었다. 서울시 난지도 골프장 건설사례에서

위원회의 역할에 대한 실증분석 연구(최병대 외, 2005)에서도 집행기관은 의도하고자 하는 계획을 일방적으로 강행할 것이 아니라 사전에 관계집단과 충분한 논의를 거쳐 총의를 구하는 것이 정책의 실효성을 담보하는 지름길이라는 것을 보여주었다고 주장하였다. 네트워크의 중심성 수치를 보면 보건소가 주로 가장 중심에 있는 기관으로, 특히 외향 중심성에서 높은 수치를 보여 적극적이고 중요한 역할을 하고 있음을 알 수 있었으며, 공공부문인 구청장, 구의회와 구청, 보건소 사이의 위계적 관계와 정보·자원의 흐름을 볼 수 있었다.

결과적으로 도시보건지소 설립결정과정 사례는 기본적으로 구청장과 보건소를 중심으로 공공기관 위주로 진행되었다. 부지선정과 관련하여 관련된 공공부처인 주민센터, 구청의 자치행정과, 가정복지과 등이 관여하였고 이 과정에서 부지선정에 관련한 불편을 겪게 될 주민들이 주민자치위원회라는 조직을 통하여 의견을 피력하고 협의를 이룬 사례이다. 주민자치프로그램의 일부였던 탁구 프로그램을 주도하는 탁구동호회 회장이 주민의 의견을 모아 적극적으로 행동하였는데, 탁구동호회 회장이 주민자치위원으로도 활약하고 있었으며 덕분에 주민센터에서도 어느 정도 영향력을 행사할 수 있었던 것으로 보인다. 이렇게 일반 주민이 어느 정도 힘을 발휘할 수 있는 통로로 주민센터와 연결된 관변단체가 활용되고 있음을 알 수 있고, 자발적 주민조직의 움직임은 발견할 수 없었다. 직접 설문을 진행하면서 면담하였던 주민자치위원의 말을 통해서도 이런 경향을 알 수 있는데 예를 들면 노인정에서 보건지소나 보건소와 관련한 불만사항이 발생하면 노인회를 통해 의견이 들어오게 되어 있다는 것이다. 주민자치위원회는 그 자체의 취지는 주민들 스스로 주민자치센터 운영에 대한 참여의 활성화, 의견 수렴, 자문역할 등을 하도록 되어 있지만 한편으로는 관 주도의 구성, 또 다른 관변단체라는 비판을 안고 있기 때문에 자발적 주민조직과는 구분이 된다. 주민자치위원회가 네트워크에서 의사회를 제외하면 유일한 민간부문 참여집단이라는 점에서, 그리고 엄격하게 말하면 도시보건지소 설립의 주요한 핵심문제를 논의한 것이 아니라는 점에서 A구 도시보건지소 설립결정과정의 시민참여는 거의 이루어지

지 않았다고 해도 과언은 아니다.

이러한 관점에서 B구 역시 다르지 않은데 B구의 도시보건지소 설립 결정과정 네트워크를 살펴보면 A구에 비해 공공부문에서의 중심성이 분산되는 형태를 보여줄 뿐이지 민간부문, 특히 자발적인 시민참여는 이루어지지 않았다. 역시 보훈단체의 참여는 부지와 관련한 마찰 때문에 일어났고 그 영향력은 도시보건지소의 설립시기를 늦출 만큼 결코 작지 않았다. 이 사안은 구의회 회의록을 참고했을 때 주요한 사안으로 다루어졌으나 막상 주민들의 의견은 맨 처음 구청장이 도시보건지소를 설립하게 된 배경으로 작용한 이후 특별히 영향을 미치지 못했다. 이 것 역시 중요한 주민의견의 반영이라고 할 수 있을지 모르나, 막상 도시보건지소가 설립된 이후 주민들이 기대했던 진료와 처방기능이 없다는 데서 제기된 주민 불만 접수의 증가는 과연 이 결과가 주민의견에 대한 적절한 반응이었는지를 의심하게 하며, 주민들에 대한 적절한 정보의 제공과 사전 협의 과정의 부재에서 올 수밖에 없었던 결과라고 할 수 있다.

정책 집행단계에서의 참여기관 및 단체의 구성은 공공부문과 민간부문의 비율에서 어느 한 쪽이 일방적인 우위를 보이지는 않았으나, 보건소와 교류하는 공공기관과 민간기관은 대사증후군 관리사업의 방문검진의 대상으로서 관계를 맺는 경우가 대부분이어서 공공부문과 민간부문의 비율이 그다지 의미를 갖지는 않았다. 일부 대학이나 건강보험공단, 의사회 등에서 실무나 학술적인 정보를 교류하고 생활 관리나 치료가 필요한 대상자를 연계하는 등의 관계를 맺고 있었다. 중심성 수치에서 보여주듯이 보건소 완전 주도형의 정책집행이 일어나고 있었고, B구에서는 일부 보건소 외의 연결고리들이 형성되어 있었으나 중심성의 수치에 미치는 영향력은 크지 않았다. 다만, 주변부에 형성된 연결고리들의 기관범주를 살펴보면, 주민단체들 사이나 주민센터와 주변의 직능단체들, 그리고 학교 사이와 같이 비슷한 범주의 기관들 간의 연결고리가 포착되어 보건의료 정책과 관련 없으나 기존에 형성되어 있는 네트워크의 활용에 대한 가능성을 엿볼 수 있었다.

보건소에서 기획하고 실시하는 건강사업이기 때문에 보건소 주도의 사업의 모양이 되는 것은 어찌 보면 당연하며 특히 보건소 내부의 교류는 제외한 네트워크이기 때문에 중심성 수치로는 더욱 보건소가 두드러질 수밖에 없다. 그러나 대사증후군 관리사업의 특성과 취지를 고려할 때 지금의 수치가 보여주는 정도보다는 보다 지역사회와의 연계와 협력이 활성화 되는 것을 지향해야 할 것이다. 보건소에서 집행하는 공공보건의료정책 중 주민과 많은 접촉이 일어나는 부분은 아무래도 지역주민을 대상으로 하는 건강증진, 예방, 관리사업이다. 건강증진의 기본원칙에 대한 선언으로 1995년 방콕 선언에서는 ‘주창, 투자, 역량함량, 범규제 및 규제, 파트너쉽 형성 및 연대구축’을 제안하였다. 파트너쉽의 형성 및 연대구축은 다양한 주체들의 참여를 통해서 가능해진다. 또한 개인의 건강한 생활양식은 건강증진 행위 실천의 습관화를 통해서 형성될 수 있음을 고려할 때, 건강증진 프로그램에 참여하고자 하는 주민이 지속적으로 참여하고, 실천하여 효과가 극대화할 수 있도록 하는 방안이 필요하다. 2011년 서울시 대사증후군 관리사업의 목적을 보면 자치구의 보건소가 지역 민간자원들과 함께 서비스 체계구축을 이루어 산만한 보건사업을 집중하여 질 높은 서비스를 제공하는데 있다고 제시하고 있다(서울특별시, 2011). 이런 측면에서 보건소 외 운영의 찾아가는 건강상담실의 목적은 시민들의 지리적·지리적 접근의 제약을 해소하기 위한 방편이다. 그러나 예방적, 통합적 접근이 중요한 대사증후군 관리사업 사례에서 보건소가 공단 뿐 아니라 민간부문의 병·의원과의 잘 연계하지 못하는 모습을 보여주고 있으며 지역 기관과의 연계도 보건소 편의 위주로 이루어지고 있다. 조금만 더 생각해보면 도시보건지소의 사례에서처럼 굵직한 지역 내 보건사업 결정과정에서 보듯이 기본적인 직능단체들과의 사전 협의조차 이루어지고 있지 않은 상황에서 집행과정에서만 적극적이고 활발한 참여가 이루어지기 어려운 것이 당연하다. 필요에 따른 자원의 운용이나 정당성 확보만을 위한 네트워크는 형성 자체가 어려우며 방사형 네트워크로 귀결될 가능성이 높다.

정책결정과 집행단계 모두에서 보건소 중심화 경향이 두드러졌는데 특히 정책 집행단계에서는 100%에 수렴하는 정도의 중심화수치를 보여주고 있다(표 15). 이러한 결과는 네트워크구조라고 말하기 어려울 정도이며 특히 사이중심화 수치의 의미를 생각해볼 때, 네트워크 연결의 한 가운데에 위치한 보건소가 사라질 경우 네트워크 전체가 붕괴되는 상황에 빠진다는 것을 의미한다. 즉, 담당자의 자질에 큰 영향을 받고 담당자 교체와 같은 상황에 취약하다는 것이고, 관료직의 빈번한 교체를 고려할 때 지속적이고 건강한 참여를 통한 네트워크의 형성은 어려워질 수밖에 없다.

표 15 중심화 수치 비교표

		도시보건지소 설립결정과정		대사중후군 관리사업	
		A구	B구	A구	B구
연결 중심화 (degree centralization)	in	52.4%	17.9%	92.9%	92.3%
	out	71.4%	50%	100%	99.1%
근접 중심화 (closeness centralization)	in	51.9%	36.7%	92.7%	91.3%
	out	59.7%	70.9%	93.2%	97.3%
사이 중심화 (betweenness centralization)		53.1%	37.3%	93.1%	95.4%

정책네트워크 형성 측면에서, 정책 결정단계에서는 주로 공공적 의무라고 생각하기 때문에 참여한 기관이 절반 이상으로 나타났으며, 기관의 필요에 따라서 교류를 하거나 이미 다른 업무로 교류 중이었던 기관 사이의 관계가 많은 수를 차지하여 전반적으로 매우 공식적인 관계, 위계적인 관계임을 파악할 수 있었다. 공식적·비공식적 요청에 의한 참여, 즉 ‘소극적 참여’를 대변하는 응답이 낮았지만, 대부분이 공공부문 내에서 진행된 구성을 고려할 때, 당연한 결과라고 볼 수도 있다.

정책 집행단계에서는 건강관리 성격을 가진 사안의 특성에 따라 건강

증진에 도움이 될 것이라고 여겨서 참여하는 경우가 가장 많았고, 두 구에서 모두 요청에 따라, 공공의 의무 순서로 응답하였다. 이는 정책과정 참여의 세 가지 수준 가운데 ‘정보제공’과 ‘협의형’ 주민참여로 소극적, 중간적 수준에 해당한다. 주로 보건소에서 협조를 요청하고 보건소 외 기관이 이에 소극적으로 응하거나 협조하는 방향으로 네트워크가 형성되고 있는데, 한 가지 주목할 점은 B구에서 나타난 보건소 외의 네트워크이다. 앞에서도 서술했듯이, 이 네트워크는 대개 기존에 형성되어 있던 네트워크를 활용한 것으로 보이며, 기관 간 교류의 이유에서 대부분이 필요에 따라 교류를 맺고 있다는 A구에 비하여 이미 교류하던 곳이거나 좋은 평판이나 신뢰를 얻을만한 곳이기 때문에 교류를 한다는 응답이 상대적으로 높게 나오고 있다. 이 네트워크는 상호간에 교류 평가나 신뢰도의 평가가 달라나오는 비율도 비교적 낮은 편이었다. 이 결과만 가지고 선불리 판단할 수는 없으나 참여자들 간 신뢰도와 참여의 활성화 사이의 관계에 대한 실마리를 엿볼 수 있다. 사회참여가 신뢰의 중요한 원천이라는 주장이 있기도 하지만(Cohen, 1999) 본 연구의 사례에서는 지역사회 교류와 참여가 잘 이루어져서 신뢰도가 높은 것인지, 다른 연유로 신뢰가 높아서 참여가 잘 되는지 알 수 없고 다른 요인들을 밝힐 수 없기 때문에 두 관계를 단정 짓기에는 부족하며, 추후에 네트워크에의 참여와 신뢰에 초점을 맞춘 실증연구가 필요할 것이다.

전반적으로 지역 보건의로 정책과정의 네트워크에서 민간부문의 참여는 결정과정과 집행과정 모두에서 구성 비율, 관여한 주제의 핵심성, 네트워크 형성의 주도성 등에서 전반적으로 소극적 수준을 보여주고 있다. 시민 영향력에 대한 인식이 ‘보통이거나 그 이상’인 것을 고려하면 아직 인식수준을 비하여 실제 과정이 따라가지 못하는 것으로 보여 지금까지 수행되었던 정책과정에서의 시민참여 연구와 비슷한 결론을 나타낸다(조석주 외, 2006; 사재명, 2006; 최병대 외, 2005; 박해육 외, 2006). 앞서 언급했듯이 변화하고 있는 중앙 수준에서의 인식에 비해 실제 지역단위의 공공정책 형성과 집행과정에서는 이러한 변화나 시도가 적용되지 않고

있으며, 이는 중앙에서의 변화가 충분히 확산되어 변화를 이루기에는 아직 시간과 경험의 충분하지 않은 탓도 있다.

연구에서는 교류가 잘 되지 않았다고 평가한 이유에 대해서 주로 교류 여건이 좋지 않아서라는 대답이 가장 많았고, 그 다음으로 관심부족, 이해관계의 차이 순으로 나타나고 있다. 조석주 외(2006)의 연구에서는 지방자치단체의 주민참여제도에서 주민들의 참여가 소극적이라고 평가하였고 그 요인으로는 정책참여과정에서의 시간부족, 자치단체의 인적·기술적·재정적 지원이 부족하기 때문이라고 지적하였다. 이러한 결과에서 보여주듯이, 지방자치단체에서는 지역사업을 추진하거나 정책을 결정할 때, 충분한 시간을 통하여 주민의 의견을 수렴하여 주민이 원하는 방향으로 사업을 추진할 필요가 있으며, 효과적인 참여를 위한 자원적 지지가 필요하다고 할 수 있다. 한편, 사재명(2006)은 기존의 시민참여에 대한 연구들이 제시한 문제점들을 정리하여 제시하였는데, 첫째, 정책과정에 참여하고자 하는 시민들의 참여의식이 저조하다는 점, 둘째, 시민참여에 소요되는 노력과 비용이 높아서 일반 시민들의 참여에 제약요인이 되고 있다는 점, 셋째, 제도적으로 보장된 시민참여제도의 형식적인 운영이 오히려 시민참여를 제한하는 요인이 되고 있다는 점, 넷째, 시민의사 결집기구의 부재로 시민참여의 매개가 빈약하다는 점, 다섯째, 집행기관의 소극적인 정보공개가 주민의 비협조와 무관심을 가져오게 한다는 점, 여섯째, 지방정부의 시민참여에 대한 부정적인 인식과 태도, 마지막으로 시민참여로 인한 피드백 기능이 미약하여 참여의 의욕을 상실케 한다는 점 등을 들고 있다. 참여에 소요되는 노력과 비용이 얻을 수 있는 결과에 비하여 높다는 점과 결집 기구의 부재, 피드백 기능의 미약함 등은 본 연구에서도 엿볼 수 있는 부분이었다.

일반적인 정책과정에서의 시민참여 자체도 어려운 점이 많이 있지만, 보건의료라는 특성에서 기인한 어려움도 추가적으로 고려해야 할 부분이다. 전통적인 보건학에서는 주민참여의 어려움을 주민 측에서 찾는 경향이 있었으나 사회 구조에서 발생하는 문제점이 있음을 강조하면서 김용익 등(1990)은 한국 보건사업 계획 과정에서 편만한 관료주의를 언급하

고 있다. 보건사업의 계획, 조정, 평가과정이 제공자에 의해 독점되고 있으며, 위에서부터 아래로 지시되는 하향식(top-down approach) 보건행정 구조를 통해 이루어지기 때문에 상향식(bottom-up)을 기본성격으로 하는 주민참여가 잘 받아들여지지 않는다는 것이다. 시민참여는 정책 수립의 정당성을 확보하고 갈등을 예방하여 집행의 효율성과 수용성을 높일 수도 있지만, 반대로 오히려 새로운 갈등을 일으키거나 네트워크의 구축과 요구 수렴과정에서 많은 시간과 비용을 소모하게 될 가능성도 내포하고 있어, 보건행정가나 보건의료인들의 동기화와 태도가 부족하다는 것도 중요한 요인이다. 또한 의료 전문가주의는 주민이 보건의료에 무지하며 의사결정상 전문가가 지배적인 위치를 독점하고 의사소통과 주민참여에 편협한 접근을 야기한다는 점을 지적하고 있다. 서로 다른 이해관계와 정보의 불균형은 이러한 경향을 가중시킨다. 보다 행정적 시각으로 바라볼 때, 지역 보건의료 정책과정에서 시민참여를 잘 이루게 하기 위해서 지역 보건의료 당국이 가지게 되는 책무성을 명확히 하고 보장하는 것이 어렵다는 주장도 있었다(Frankish C. J. et al, 2002). 일반 대중, 정치인, 정부 부서 등 책무를 가지는 대상이 많고 그들 사이의 경쟁적 압력이 존재하기 때문에 주요 담당부서인 지역 보건의료 당국이 이 사이에서 취해야 할 행동이 명확히 정리되지 않는 한 적극적인 주민참여를 위한 노력을 기울이기가 어렵다는 것이다. 또, 실제로 시민참여와 관련하여 일을 하고 결정을 내리는 과정과 결과에 대해서 제대로 측정하고 평가하는 기전이 없는 것 역시 공공부문이 시민참여를 적극적으로 추진하고 수용하기 어려운 요인이다.

제 2 절 연구의 한계 및 의의

본 연구는 두 개의 지역구에서 두 가지 사례를 통해 지역 보건의료 정책네트워크 분석을 통한 시민참여 실태를 파악하는 것을 목적으로, 설문

조사와 문헌조사를 통해 네트워크 분석을 수행한 연구이다. 사례연구의 한계로 이 연구결과를 일반화 할 수 없다.

조사와 분석의 수준이 조직 수준이었기 때문에 조직화되지 않은 부분은 이 연구에서 나타나지 않아 실제로는 분명 존재하는 개별적 참여의 부분도 마치 없는 것처럼 보일 수 있다.

대사증후군 관리사업의 사례에서 참여 대상기관을 조사하기 위해 보건소의 협조를 얻는 과정에서, 일부 설문은 외부조사자가 직접 접촉하는 것을 꺼려 보건소를 통하여 접근을 하였기 때문에, 설문지를 보건소에서 직접 받은 경우 보건소와의 관계 때문에 설문 결과가 편향되어 나타났을 가능성을 배제할 수 없다.

또한, 설문지를 통한 응답을 기초로 하여 분석 결과를 해석하였고, 필요에 따라 전화나 직접 설문시 명확하지 않은 부분들은 질문을 통해 보충 의견을 얻을 수 있었으나 설문대상자의 사정에 따라 추가로 의견을 얻지 못한 경우 해석이 불충분해질 수 있었다.

참여기관 전수를 조사하지 못하고 협조가 어려워 누락된 참여자의 응답 때문에 가져올 수 있는 결과의 편향 위험이 있으나, 저조한 응답률 자체도 해당 구에서의 보건의료 정책 집행에서 일종의 연결망 강도와 관련이 있다고 보아도 무방할 것이다.

이러한 한계점에도 불구하고 본 연구는 기존에 잘 알려져 있지 않은 지역사회 수준의 보건의료 정책과정의 연결망을 파악함으로써 공공과 민간 부문을 포함한 다양한 행위자들의 정책 참여 실태를 연구했다는 점, 그리고 정책결정과정과 집행과정을 함께 살펴봄으로써 단계별로 시민참여의 특성을 함께 고려하였다는 데에 의미가 있다.

제 6 장 결론 및 제언

이 연구에서는 도시보건지소 설립결정과정과 대사증후군 관리사업이라는 두 사례를 통해 두 개의 구에서 각각의 정책네트워크를 조사함으로써 시민참여의 실태를 파악하고자 시도하였다. 비록 하나의 정책 사안에서 결정과정과 집행과정의 연장선상을 보는 사례연구가 아니기 때문에 직접적인 단계별 비교는 어렵지만, 일반적 수준에서 정책 결정과정과 집행과정이라는 다른 정책단계에서의 시민참여를 비교해보고 같은 정책 단계에서도 다른 지역구에서의 양상을 비교해볼 수 있었다.

연구에서 파악한 정책네트워크를 통해 살펴본 시민참여 수준은 대체로 소극적이거나 중간적 형태의 참여수준을 보여주고 있었고, 일반 시민의 정책과정 영향력에 대한 인식수준에 비하여 실제로는 낮은 수준을 보이고 있다. 정책 결정단계에서는 관료 집중적 형태의 네트워크가 나타났고, 정책 집행단계에서는 보건소 중심의 주도적인 집행을 보여주었다.

이상의 결과로부터 몇 가지 시사점을 도출하고 향후 보건의료 정책과정의 시민참여에서 고려해야 할 점을 제시해보고자 한다.

다른 여러 연구에서도 언급하였듯이 정책 결정단계에서는 사전에 폭넓은 이해관계자들을 함께 고려하여 충분한 정보를 제공하고 시간을 들여 논의를 할 필요가 있음이 드러났다. 본 연구의 사례에서는 민간부문의 참여가 주로 부지선정에 국한되어 나타났으며, 이 과정은 도시보건지소 설립이라는 주요 목적과 방향과 관계없는 개개 기관이나 단체의 이해관계를 반영하는 방식으로 진행되는 경향을 보이고 있었다. 따라서, 정책의 본래 목적과 관련하여 일반 주민들의 의견을 받을 수 있는 통로가 필요할 것으로 보인다. 정책의 핵심 부분이 아젠다화 되고 진행되는 범위는 매우 좁으며 외부로 잘 알려지지 않고 있었고, 혹 어쩔 수 없이 그런 부분이 있다고 하더라도 지역의 도시보건지소 설립과 같이 중요한 사안의 결정에서 주민의견의 수용과 반영을 위한 자리는 응답 필요한 절차이

며 이 과정에서 형식적인 진행은 지양해야 할 것이다.

보건의료 정책의 집행단계에서 시민의 참여는 주로 협력의 형태로 나타난다. 이 때, 정책의 내용과 필요성에 대한 충분한 이해와 수용의 과정을 거쳐 연계가 이루어질 때 보다 지속적이고 강력한 교류관계가 형성될 수 있다. 서울지역 보건소 건강증진 사업의 지역사회 협력에 관한 연구(유승현, 2011)에서 담당자들이 생각하는 이상적 협력은 기관장이 협력 추진과 자원을 지원하고 담당자가 관심과 역량을 가진 상태에서 상호이익이 되는 협력의 목적이 협력 당사자 간에 공유되는 상황이었다. 또한 이상적인 협력은 협력의 진행이 체계화되고 협력이라는 작업의 특성을 제대로 반영한 평가제도가 동반될 때 가능하다고 설명했다. 네트워크를 형성하는 단계에 드는 노력, 시간과 자원은 반드시 고려되어야 하며, 시민참여의 활성화를 꾀하기 위해서는 네트워크 형성과 유지에 대한 목표, 평가, 그리고 지원이 이루어져야 한다. 보건소에서 연계를 시도할 때에도 보건소 주도의 일방적인 지역사회 침투는 높은 거래비용이 들게 되므로 기존에 지역사회에 존재하는 네트워크를 활용하는 방안을 고려할 필요가 있으며, 이를 위해서는 지역사회의 자발적 주민조직 네트워크를 미리 파악하고 있어야 한다.

본 연구의 사례에서 살펴본 지역 보건의료 정책과정의 시민참여는 아직 빈약한 수준이었다. 겉으로 보여지는 주민참여적 제도의 확충과 각종 선언과 제안을 생각해볼 때 아직 형식적, 수사적 개념에 머무르고 있는 것처럼 보인다. 그러나 이러한 가치적 인식과 실제적 인식 사이의 불일치의 요인으로 주민의 관심 부족과 역량 부족, 혹은 공공부문의 관료화와 인식 부족만을 탓할 수는 없다. 시민참여의 도구적 측면만을 강조하기보다는 보다 가치적 측면에 입각한 새로운 접근이 필요하고 적절한 시민참여가 원활하게 이루어질 수 있도록 하는 제반 환경이 필요하며, 이는 시민참여의 섬세한 제도화로 이어져야 한다. 도시보건지소 설립과정의 절차에서도 주민의 참여와 연계를 평가하고 있으며, 다른 부문에서도 위원회 등이 설치되어 운영되고 있지만, 막상 실질적인 정책결정과정에서 나타난 제대로 된 주민의견의 반영은 충분치 않아 보였다. 정책 결정

초기단계의 논의 부족을 포함하여, 심지어 거리나 시설의 낙후로 인한 불편함을 호소하는 주민들의 의견을 근거로 도시보건지소를 설립하기로 결정하였고, 도시보건지소가 설립되기 전에 이를 찬성하는 분위기였던 구에서도 설치 이후에 막상 진료나 처방의 기능이 없어 불만의 민원이 잦았다는 것을 보아도, 지역사회의 주민과 단체들과 충분한 정보의 소통이 이루어지지 않았다는 것을 알 수 있다. 정책의 집행 수준에서 시민참여 활성화는 평가를 빼놓고는 잘 이루어지기가 어렵다는 점도 파악하게 되었다. 정책 집행단계는 정책의도의 실현일 뿐만 아니라 정부와 시민이 만나는 접점이기도 하며, 계획한 것으로부터 실제로 목표를 이루어내기까지 ‘어떻게 되게 할 것인가’(translation)의 과정이라고 할 수 있다, 민간참여를 활성화하고자 한다면 목표와 성과에 이를 포함시키는 것이 마땅하고, 충분한 지원을 해주는 것이 필요하다. 대사증후군 관리사업의 사례를 들어 볼 때, 평가는 수검율(n), 재검율, 개선율과 병의원 연계로 이루어지고 있다. 비록 지역사회 네트워크를 충분히 활용하는 것이 궁극적으로 좋은 결과를 낼 수 있다고 하더라도 네트워크 형성에 드는 초기비용을 고려하면 성과지표와 상관이 없는 힘든 과정을 집행기관이 마음껏 활용할 수 있거란 쉽지 않을 것이다. 진정 공공정책에서 시민참여를 이끌어내고 싶다면 중요성을 강조만 할 것이 아니라 실제 이루어질 수 있도록 평가체제를 개선하고 물질적·비물질적·정책적 자원을 지원하는 등의 변화가 수반되어야 한다.

정책의 결정과정과 집행과정 모두에서 지역사회 보건의료 정책에 시민참여의 활성화를 위해서는 참여의 제도적 확충뿐만이 아니라 공공부문과 민간부문 사이에 참여에 대한 공감대를 형성하기 위한 충분한 정보를 투명하게 제공해야 할 필요가 있으며, 지역의 기존 네트워크를 면밀히 파악하여 상호교류를 활성화하고, 공공부문과 지역사회 간의 신뢰를 구축하는 작업이 함께 이루어져야 한다. 이 모든 작업은 어느 한 측에만 적용되어서는 불충분하며 정책의 기획과 집행의 다양한 수준에서의 상급, 일선 담당자 차원, 그리고 정책의 제도적 차원, 일반 시민의 차원에서 충분히 논의하고 역량을 개발해나가야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 강영진 (2009). 거버넌스를 통한 정책갈등 예방모색: 불안사태와 제주해군기지 사례를 중심으로.
- 강인성 (2008). 지방정부 주민참여제도의 정책과정과 참여유형에 따른 영향력 분석: 16개 광역자치단체를 중심으로. 한국행정학보 제42권 제3호. p.215-238.
- 김돌순 외 (2008). 지역보건정책결정 과정에서 주민참여 실태분석: 수돗물 불소농도조정사업 사례를 중심으로. 지방정부연구. 제2권 제3호.
- 김미, 민현정 (2004). 한국 보건의료 시민단체의 역할과 성격에 관한 경험적 분석. 한국 거버넌스 학회보. 제11권 제 2호. p. 257-281.
- 김보경 (2011). 지역보건의료계획 수립 과정에서 시민참여의 실태 및 영향요인 - 경기도 일개 시의 사례연구- 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 김선경, 양재대, 원준연 (2003). 도시계획 결정과정의 정책네트워크 분석. 행정논총. 제41권 제4호.
- 김선옥, 송건용 (1998). 지역보건의료계획 수립과정에서의 주민참여실태와 이에 미치는 영향. 보건행정학회지. 제8권 제1호.
- 김순양 (2005). 한국보건의료 개혁과정에서 정책네트워크 및 정책산출 분석. 한국행정논집. 제17권 제4호.
- 김순양 (2007). 정책과정 및 정책네트워크의 동태성 분석 의약분업 논쟁사례의 적용. 지방정부연구. 제11권 제3호.
- 김순양 (2011). 한국에서의 의료보험조합 통합 일원화 논의의 정치: 정책네트워크, 옹호연합, 그리고 보건의료 정책형성의 동태성. 사회복지연구 제42권 제4호.
- 김용익, 김종호, 안문영, 이종구 (1990). 90년대 보건의료정책의 발전방향. 한국보건사회연구원.
- 김의영 (2003). 국민건강보험 분야의 결사체 거버넌스와 NGO. 시민정치학회보. 제6권. p. 67-96.
- 김창엽 (2012). 지역사회 보건과 민주적 공공성. 지역사회 건강증진

- 협력모델 토론회 발표문.
- 김행열, 모지환, 오세영 (2010). 노인장기요양보험의 정책결정과정 분석. 사회연구 제19호. p. 69-104.
- 남궁근 (1998), 비교정책연구. 서울: 법문사.
- 문재우 (2007). 보건정책론 제2판. 계축문화사. p.137-138.
- 박해육, 고경훈 (2007). 지방자치단체 정책네트워크에 관한 연구 - 임실군 치즈벨리 지역혁신 사례를 중심으로-. 한국지방행정연구원.
- 박해육, 류영아 (2006). 자체평가과정에서의 시민참여 활성화에 관한 기초연구. 한국지방행정연구원.
- 백지현 (2012). 사회연결망 분석을 활용한 안전도시 사업의 구조분석 - 송파구 세이프티 닥터제를 중심으로- 가톨릭대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 보건복지부 (2011). 2012년 도시보건지소사업 안내. 보건복지부
- 사이람 (2012). NetMIner를 이용한 소셜 네트워크분석 사이람 2012년 교육과정
- 사재명 (2006). 정책과정에서 시민참여 활성화 방안. 한국행정과 정책연구 제4권 제1호 p. 69-99.
- 서울특별시, 서울특별시 대사증후군관리사업지원단 (2011). 서울특별시 대사증후군 관리사업 안내서.
- 시민운동정보센터 (2009). 한국민간단체총람.
- 신영균 (2006). 의약분업 정책결정과정의 정책네트워크 특성에 관한 연구. 대한정치학회보. 제13권 제3호.
- 신영전 (2010). '의료민영화' 정책과 이에 대한 사회적 대응의 역사적 맥락과 전개. 상황과 복지. 제 29권. p. 45-90.
- 유승현 (2011). 서울지역 보건소 건강증진 사업의 지역사회 협력체계 진단 및 모형개발을 위한 질적 연구. 한국학술진흥재단 보고서
- 조병희 (2001). 보건의료분야에 있어서 시민단체의 역할과 과제. 보건과 사회과학. 제10호.
- 조석주, 강인성 (2006). 지방자치단체의 주민참여수준 진단과 발전방안.

- 한국지방행정연구원.
- 조한상 (2009). 공공성이란 무엇인가. 책세상
- 차경은 (2012). 지역공동체 형성을 위한 주민의 행정참여 개선방안.
정책과학연구 제21집 제2호
- 최병대, 김상구 (2005). 정책과정에서 위원회의 역할에 관한
실증분석-녹색서울시민위원회의 난지도 골프장 건설사례를
중심으로. 서울도시연구 제6권 제4호. p.153-168.
- 홍성만 (2010), 정책네트워크 분석. 정책연구 방법론의 개요와 정책네트워크 분석.
- 홍경준, 송호근 (2005). 사회복지정책 결정구조에 대한 정책 연결망 분석
문민정부와 국민의 정부 비교. 한국사회복지학 제57권.
- Austor, E.R. (1990). The interorganizational environment: Network theory, tools and applications. In F. Williams and D. V. Gibson. (eds). The Technology Transfer: A communication perspective. Thousand Oaks: Sage.
- Arnstein SR. (1969). A ladder of citizen participation. AIP Journal 35(4):216-224
- Cohen, Jean. (1999). Trust, Voluntary Association and Workable Democracy: the Contemporary American Discourse of Civil Society. p.208-248. in Mark E. Warren(ed.) Democracy and Trust. Cambridge University Press.
- Frankish C. J., Kwan B., Ratner P. A., Higgins J. W. Larsen C. (2002). Challenges of citizen participation in regional health authorities. Social Science & Medicine. 54. p. 1471-1480.
- Pfeffer, J. and G. R. Salancik (1978). The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective. New York, NY, Harper and Row.
- Pretty et al. (1995). Participatory Learning and Action. A trainer's Guide.

- Rhodes R.A.W. and Marsh D. (1992). New directions in the study of policy networks. *European Journal of Political Research* 21:181-205
- Samuel H. Barnes and Max Kaase et al. (1979). *Political cation: Mass participation in five western democracies*. Beverly Hills, Sage, Ch.2.
- Schneider, V. (1992). The Structure of Policy Networks: A Comparison of the Chemicals Control and Telecommunications Policy Domains in Germany. *European Journal of Political Research*, 21: 109-122
- Waarden F. V. (1992). Dimensions and types of policy networks. *European Journal of Political Research* 21:29-52
- Wasserman S. et al. (1994) *Social Network Analysis: Methods and Applications*. Cambridge University Press.
- WHO (1994). *Community involvement in health development: challenging health services*

Abstract

Public Participation in the Process of Local Public Health Policy, using Policy Network Analysis

Yukyung Park

Department of Health Policy and Management

Graduate School of Public Health

Seoul National University

Public participation is getting more important that civil society exert their influence to many public policies. However, in health sector, the level of public participation seems weaker than other sectors, and advanced research were usually focused on public participation at the level of national health policy.

This study investigated the local public health policy network through two districts, two policy cases, aiming at understanding

present state of public participation and exploring the way to activate public participation in local health policy process. Three exploring factors of policy network analysis in this study were actors, contents of interactions, and network characteristics.

For the policy making process, this study explore establishing sub-health center, and for the implementation process, metabolic syndrome care policy was explored. Literature and record search was done for the prior investigation and main study is done by questionnaire survey targeted to every participants in organizational level. Participants were found by snowballing method.

Conclusions were made that it is not yet activated in public participation to the local public health policy process both decision making and implementation. In decision making process, main actor was public sector(local government and health center) and citizen participation was partly done in accessory topic like location selection in response to their inconvenience of using existing sports programs. In implementation process, the metabolic syndrome care program organized strongly driven by health center that centralization score became almost 100%.

It should have more prior discussion with various stakeholder include civil society before making local health policy. And it should be emphasized that formulation of social consensus to participate in implementing local health policy is needed both to the health center staffs and local residents.

keywords : public participation, policy network analysis, social network analysis, policy decision making, policy implementation

Student Number : 2011-22074

부 록 : 설문조사지

A-1 설문지 : 대사중후군관리사업

안녕하십니까?

이 설문지는 서울의료원과 서울대학교 보건대학원이 공동으로 연구하는 ‘공공보건의료와 시민참여’ 연구의 일환으로, 지역사회 보건정책의 결정과 수행과정에서 이루어지는 참여의 모습을 연구하기 위하여 작성된 것입니다.

공공정책은 사회 구성원 모두의 생활에 중대한 영향을 미치며 우리나라 보건의료 기본법은 보건정책에 대한 국민의 참여를 보장하고 있으나, 여전히 보건 분야의 참여는 미흡하다는 평가를 받고 있습니다. 이에 귀하의 의견을 통하여 한국 보건정책과정에서 참여의 양상, 즉, 다양한 정책 참여자들의 관계와 교류를 파악하여, 향후 지역사회의 보건의료 정책결정 및 수행과정에서 보다 바람직한 시민참여의 가능성을 모색해보고자 합니다. 바쁘게 업무 중이실 줄 알지만 여러분의 응답 하나하나가 귀중한 자료가 되오니, 부디 빠짐없이 솔직하게 응답해 주시기를 바랍니다.

귀하께서 응답하신 내용은 학술 목적으로만 사용되며, 개인사항에 대해서는 철저히 비밀보장이 됨을 알려드립니다.

귀한 시간을 내어 협조해 주심에 깊이 감사합니다.

책임 연구원 : 김 창 엽 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학
공동 연구원 : 이 건 세 서울특별시 서울의료원 공공보건의료지원단
공동 연구원 : 박 유 경 서울대학교 보건대학원 보건정책관리학

☞ 설문에 관해 궁금하신 점은 아래 연락처로 문의하여 주십시오.

연구원 : 박 유 경 (Tel: 02-880-2743)

I. 다음은 기관(단체)의 기본사항을 묻는 문항입니다.

1. 귀하가 소속된 기관(단체)의 이름은 무엇입니까?

(기관, 단체, 조직은 이하 '기관'으로 명시함)

: _____

2. 귀 기관은 어디에 속하는지, 아래에 체크(V)하여 주시기 바랍니다.

☞ 기타를 선택하실 때에는 괄호 안에 내용을 적어주시기 바랍니다.

<input type="radio"/> 공공기관	<input type="radio"/> 민간기업(사업장)
<input type="radio"/> 직능단체 등 이익단체	<input type="radio"/> 사회서비스 단체
<input type="radio"/> 의료기관	<input type="radio"/> 학술 및 연구기관(대학, 연구소)
<input type="radio"/> 학교 (초, 중, 고등학교)	<input type="radio"/> 시민단체
<input type="radio"/> 언론기관	<input type="radio"/> 기타 ()

II. 다음은 일반적인 지역사회 건강정책의 참여에 대해 묻는 문항입니다.

3. 귀하께서는 일반 시민들이 지역사회 건강에 관한 정책 결정과정에 어느 정도나 영향을 미친다고 생각하십니까? 아래에 체크(V)하여 주시기 바랍니다.

※ 정책 결정과정의 예: 우리 구에 건강마을 만들기 사업을 할 것인지, 하지 않을 것인지, 금연 정책을 할 것인지, 하면 어떻게 할 것인지를 논의하고 결정하는 과정

결정 과정
영향력

매우 작다

매우 크다

귀하께서는 일반 시민들이 지역사회 건강에 관한 정책 수행과정에 어느 정도나 영향을 미친다고 생각하십니까? 아래에 체크(V)하여 주시기 바랍니다.

※ 정책 수행과정의 예: 우리 구에서 건강마을 사업을 한다고 할 때, 실제로 비만, 운동, 금연 캠페인이나 프로그램을 운영하는 과정

수행 과정
영향력

매우 작다

매우 크다

III. 다음은 대사증후군 관리사업의 참여에 관한 문항입니다.

5. 귀 기관이 대사증후군 관리사업에 참여하게 된 가장 큰 이유를 아래에서 하나만 골라 체크(V)하여 주십시오.

- ① 기관 내부의 자발적 필요보다는 공식적·비공식적 요청에 따라
 ② 지역사회회의 구성원으로서 공공적 의무라고 생각하기 때문에
 ③ 내 지역이나 기관의 건강증진에 도움이 될 것이라 생각하여서
 ④ 내 지역이나 기관의 건강 외에 다른 부분에 도움이 될 것이라 생각하여서
 ⑤ 기타 이유 ()

☞ 기타를 선택하실 때에는 괄호 안에 내용을 적어주시기 바랍니다.

6. 대사증후군 관리사업에는 귀 기관을 포함한 다양한 종류의 기관들이 관여하고 있습니다. 그 중, 귀 기관에서 대사증후군 관리사업에 참여하는 데에 가장 큰 영향력을 미쳤다고 생각하시는 기관을 하나만 적어주십시오.

☞ 만약 개인이라면 ‘개인’과 ‘해당 개인이 속한 기관’을 함께 적어주시기 바랍니다.

: _____

※ 예: 중앙정부, 지방자치단체(구청), 보건소, 지역주민, 기타 특정 기관 및 단체 ...

7. 귀 기관에서 대사증후군 관리사업에 참여하실 때에 교류하고 계신 기관을 모두 적어주시고, 보건소 외의 기관은 가능하다면 연락처나 담당자를 적어주십시오. (기관 연락처나 담당자 이름은 대사증후군 관리사업의 참여자로서 추가 설문 조사를 하기 위함이며, 그 외의 용도로는 전혀 사용되지 않습니다.)

	기관(단체) 이름	기관 연락처나 담당자	다음 안내에 따라 작성해주세요
1			☞ 있다면 ‘응답지 ①’ - 1쪽
2			☞ 있다면 ‘응답지 ②’ - 3쪽
3			☞ 있다면 ‘응답지 ③’ - 5쪽
4			☞ 있다면 ‘응답지 ④’ - 7쪽
5			☞ 있다면 ‘응답지 ⑤’ - 9쪽

8. 대사증후군 관리사업에서, 7번에 답한(현재 교류 중) 기관 외에 다른 기관 중에서 교류를 하게 된다면 생각나는 기관이 있으신지요? 있으면 기관명을 적어주십시오.

① 있음 : _____ ☞ 8-1번으로 ② 생각나는 기관이 없음 ☞ 마침

- 8-1. 8번에 대답하신 기관과 현재는 교류하고 있지 않은 이유는 무엇인지요? 자유롭게 적어주세요.

: _____

응답지

(대사증후군 관리사업)

(7번 문항에 답하신 기관들에 대해,
응답한 수만큼 순서대로 응답지를 작성해 주세요)

1칸에 응답한 기관 → 응답지 ①

2칸에 응답한 기관 → 응답지 ②

3칸에 응답한 기관 → 응답지 ③

4칸에 응답한 기관 → 응답지 ④

5칸에 응답한 기관 → 응답지 ⑤

(예: 응답한 기관이 2개면 응답지 ②까지만, 3개면 응답지 ③까지만)

1. 대사증후군 관리사업과 관련하여 지난 1년 간,

- (1) 귀 기관이 해당 기관에게 협력을 제공한 것이 있다면 아래에서 골라 있는 대로 체크(V)하여 주십시오.

☞ 기타에 체크하실 경우 내용을 적어주시기 바랍니다.

제공함	협력의 내용
<input type="checkbox"/>	대사증후군 관리사업 관련 홍보
<input type="checkbox"/>	건강검진, 교육 등 서비스 직접 제공
<input type="checkbox"/>	학문적, 실무적으로 필요한 자료나 정보
<input type="checkbox"/>	사후관리를 위한 대상자 의뢰
<input type="checkbox"/>	인력이나 물질적 지원
<input type="checkbox"/>	정책 지지(동의)나 연합 활동
<input type="checkbox"/>	기타()
<input type="checkbox"/>	없음

- (2) 귀 기관이 해당 기관으로부터 어떤 종류의 협력을 받은 것이 있다면 아래에서 골라 있는 대로 체크(V)하여 주십시오.

제공받음	협력의 내용
<input type="checkbox"/>	대사증후군 관리사업 관련 홍보
<input type="checkbox"/>	건강검진, 교육 등 서비스 직접 제공
<input type="checkbox"/>	학문적, 실무적으로 필요한 자료나 정보
<input type="checkbox"/>	사후관리를 위한 대상자 의뢰
<input type="checkbox"/>	인력이나 물질적 지원
<input type="checkbox"/>	정책 지지(동의)나 연합 활동
<input type="checkbox"/>	기타()
<input type="checkbox"/>	없음

2. 대사증후군 관리사업과 관련하여 지난 1년 간, 귀 기관은 해당 기관과 어떤 종류의 교류통로가 있었습니까? 아래의 ☐ 칸에 있는 대로 체크(V)하여 주십시오.

<input type="checkbox"/>	간담회, 위원회 등 회의	<input type="checkbox"/>	세미나, 설명회, 워크숍
<input type="checkbox"/>	방문, 면담	<input type="checkbox"/>	MOU 등 협력 체결
<input type="checkbox"/>	기타 ()	<input type="checkbox"/>	없음

3. 귀 기관이 해당 기관과 교류하게 된 가장 주된 이유 하나만 골라 체크하여 주십시오.

- ① 다른 업무로 이미 교류를 하던 곳이었어서
 ② 필요에 따라 적합하다 생각되어
 ③ 좋은 평판이나 신뢰를 얻을 만 한 곳이었어서
 ④ 담당자와 개인적으로 친분이 있어서
 ⑤ 기타 ()

B-1 설문지 : 도시보건지소 설립과정

I. 다음은 기관(단체)의 기본사항을 묻는 문항입니다.

1. 귀하가 소속된 기관(단체)의 명칭은 무엇입니까?

(기관, 단체, 조직은 이하 '기관'으로 명시함)

: _____

2. 귀 기관은 어디에 속하는지, 아래에 체크(V)하여 주시기 바랍니다.

☞ 기타를 선택하실 때에는 괄호 안에 내용을 적어주시기 바랍니다.

<input type="radio"/> 공공기관	<input type="radio"/> 민간기업(사업장)
<input type="radio"/> 직능단체 등 이익단체	<input type="radio"/> 사회서비스 단체
<input type="radio"/> 의료기관	<input type="radio"/> 학술 및 연구기관(대학, 연구소)
<input type="radio"/> 학교 (초, 중, 고등학교)	<input type="radio"/> 시민단체
<input type="radio"/> 언론기관	<input type="radio"/> 기타 ()

II. 다음은 일반적인 지역사회 건강정책의 참여에 대해 묻는 문항입니다.

3. 귀하께서는 일반 시민들이 지역사회 건강에 관한 정책 결정과정에 어느 정도나 영향을 미친다고 생각하십니까? 아래에 체크(V)하여 주시기 바랍니다.

※ 정책 결정과정의 예: 우리 구에 건강마을 만들기 사업을 할 것인지, 하지 않을 것인지, 금연정책을 할 것인지, 하면 어떻게 할 것인지를 논의하고 결정하는 과정

결정 과정 영향력 매우 작다 매우 크다

4. 귀하께서는 일반 시민들이 지역사회 건강에 관한 정책 수행과정에 어느 정도나 영향을 미친다고 생각하십니까? 아래에 체크(V)하여 주시기 바랍니다.

※ 정책 수행과정의 예: 우리 구에서 건강마을 사업을 한다고 할 때, 실제로 비만, 운동, 금연 캠페인이나 프로그램을 운영하는 과정

수행 과정 영향력 매우 작다 매우 크다

III. 다음은 도시보건지소 설립 결정과정의 참여에 관한 문항입니다.

5. 귀 기관이 도시보건지소 설립과정에 참여하게 된 가장 큰 이유를 아래에서 하나만 골라 체크(V)하여 주십시오.

☞ 기타를 선택하실 때에는 괄호 안에 내용을 적어주시기 바랍니다.

- ① 기관 내부의 자발적 필요보다는 공식적·비공식적 요청에 따라
- ② 지역사회 구성원으로서 공공적 의무라고 생각하기 때문에
- ③ 내 지역이나 기관의 건강증진에 도움이 될 것이라 생각하여서
- ④ 내 지역이나 기관의 건강 외에 다른 부분에 도움이 될 것이라 생각하여서
- ⑤ 기타 이유 (_____)

6. 도시보건지소 설립과정에는 귀 기관을 포함한 다양한 종류의 기관들이 관여하였습니다. 그 중, 귀 기관에서 도시보건지소 설립과정에 참여하는 데에 가장 큰 영향력을 미쳤다고 생각하시는 기관을 하나만 적어주십시오.

☞ 만약 개인이라면 ‘개인’과 ‘해당 개인이 속한 기관’을 함께 적어주시기 바랍니다.

：

※ 예: 중앙정부, 지방자치단체(구청), 보건소(필요시 특정과를 명시), 지역주민, 기타 특정 기관(단체) ...

7. 귀 기관에서 도시보건지소 설립과정에 참여하셨을 때에 교류했던 기관을 모두 적어주시고, 보건소 외의 기관은 가능하다면 연락처나 담당자를 적어주십시오.
(기관 연락처나 담당자 이름은 도시보건지소 설립과정의 참여자로서 추가 설문조사를 하기 위함이며, 그 외의 용도로는 전혀 사용되지 않습니다.)

	기관(단체) 이름	기관 연락처나 담당자	다음 안내에 따라 작성해주세요
1			☞ 있다면 '응답지 ①' - 1쪽
2			☞ 있다면 '응답지 ②' - 3쪽
3			☞ 있다면 '응답지 ③' - 5쪽
4			☞ 있다면 '응답지 ④' - 7쪽
5			☞ 있다면 '응답지 ⑤' - 9쪽

8. 보건지소 설립과정에서, 7번에 답한(당시 교류했던) 기관 외에 다른 기관 중에서 교류를 했다면 좋았을 것이라고 생각하시는 기관이 있으신지요? 있으면 기관명을 적어주십시오.

① 있음 : _____ ☞ 8-1번으로 ② 생각나는 기관이 없음 ☞ 다음 장으로

- 8-1. 8번에 대답하신 기관과 당시에는 교류하지 않았던 이유는 무엇인지요? 자유롭게 적어주세요.

：

B-2 응답지 : 도시보건지소 설립과정

1. 도시보건지소 설립과정과 관련하여 지난 1년 간,

(1) 귀 기관이 해당 기관에게 아래와 같은 내용을 **제공한** 것이 있다면 아래에서 골라 있는 대로 체크(V)하여 주십시오.

제공함	제공한 내용
<input type="checkbox"/>	도시보건지소 설립과 관련한 내용 홍보
<input type="checkbox"/>	학문적, 실무적으로 필요한 자료나 정보
<input type="checkbox"/>	인력이나 물질적 지원
<input type="checkbox"/>	정책적 지지(동의)나 연합 활동
<input type="checkbox"/>	기타()
<input type="checkbox"/>	없음

(2) 귀 기관이 해당 기관으로부터 아래와 같은 내용을 **제공 받은** 것이 있다면 아래에서 골라 있는 대로 체크(V)하여 주십시오.

제공받음	제공받은 내용
<input type="checkbox"/>	도시보건지소 설립과 관련한 내용 홍보
<input type="checkbox"/>	학문적, 실무적으로 필요한 자료나 정보
<input type="checkbox"/>	인력이나 물질적 지원
<input type="checkbox"/>	정책적 지지(동의)나 연합 활동
<input type="checkbox"/>	기타()
<input type="checkbox"/>	없음

2. 도시보건지소 설립과정 동안, 귀 기관은 해당 기관과 어떤 종류의 **교류통로**가 있었습니까? 아래의 ☐ 칸에 있는 대로 체크(V)하여 주십시오.

<input type="checkbox"/>	간담회, 위원회 등 회의	<input type="checkbox"/>	세미나, 설명회, 워크숍
<input type="checkbox"/>	방문, 면담	<input type="checkbox"/>	MOU 등 협력 체결
<input type="checkbox"/>	기타 ()	<input type="checkbox"/>	없음

3. 해당 기관과의 관계는 협력 관계였습니까, 갈등 관계였습니까?

① 협력 관계 ② 갈등 관계 ③ 기타 관계()

4. 귀 기관이 해당 기관과 교류하게 되었던 **가장 주된 이유** 하나만 골라 체크하여 주십시오.

- ① 다른 업무로 이미 교류를 하던 곳이었어서
- ② 필요에 따라 적합하다 생각되어
- ③ 좋은 평판이나 신뢰를 얻을 만 한 곳이었어서
- ④ 담당자와 개인적으로 친분이 있어서
- ⑤ 기타 ()

